

ÉTUDE PRÉPARATOIRE
DES
DYSTROPHIES DENTAIRES
CHEZ LES
HÉRÉDO-SYPHILITIKES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 novembre 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par M^{me} BELLOT, née ODIC (Renée-Jeanne-Charlotte-Eugénie)

Née à Neufchâtel (Seine-Inférieure), le 3 février 1886.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAUSHALTER, professeur. . .	<i>Président.</i>
		ROHMER, professeur.	<i>Juges.</i>
		L. SPILLMANN, agrégé.	
		G. GROSS, agrégé.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT

18, RUE DES GLACIS, 18

1915

1915-1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(2^e Série)

N° 38

ÉTUDE PRÉPARATOIRE

DES

DYSTROPHIES DENTAIRES

CHEZ LES

HÉRÉDO-SYPHILITIKES



THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 25 novembre 1915

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par M^{me} BELLOT, née ODIC (Renée-Jeanne-Charlotte-Eugénie)

Née à Neufchâtel (Seine-Inférieure), le 3 février 1886.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAUSHALTER, professeur. . .	} <i>Président.</i>	
		ROHMER, professeur.		
		L. SPILLMANN, agrégé.		} <i>Juges.</i>
		G. GROSS, agrégé.		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT

18, RUE DES GLACIS, 18

—
1915

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. MEYER *, I U.

Assesseur : M. WEISS *, I U.

Doyen honoraire : M. F. GROSS O *, I U.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS *, I U, NICOLAS I U, PRENANT *, I U,
BERNHEIM O *, I U, F. GROSS O *, I U.

Professeurs.

Physique médicale	M. CHARPENTIER *, I U.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN I U.
Clinique chirurgicale	M. WEISS *, I U.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER I U.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT *, I U.
Hygiène	M. MACÉ I U.
Physiologie	M. MEYER *, I U.
Clinique médicale	M. SIMON I U.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN I U.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER I U.
Médecine légale	M. P. PARISOT *, I U.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER I U.
Histologie	M. BOUIN I U.
Anatomie descriptive	M. ANGEL I U.
Anatomie pathologique	M. HOCHE I U.
Clinique médicale	M. ÉTIENNE I U.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN I U.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. N...

Professeur adjoint.

Clinique d'électrothérapie	M. GUILLOZ *, I U.
--------------------------------------	--------------------

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH *, I U, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ *, I U, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES I U, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN I U, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. MICHEL I U, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL I U, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS I U.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON I U, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSCHOLZ I U, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN U, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT U, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale	M. N...
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N...
Pathologie externe	M. N...

Agrégés en exercice.

MM. GUILLOZ *, I U.	MM. COLLIN U.	MM. BINET U.
LAMBERT I U.	SENCERT *, I U.	PERRIN U.
RICHON I U.	ROBERT I U.	THIRY I U.
G. GROSS I U.	BUSQUET I U.	FATRISE U.
FRUHINSCHOLZ I U.	LUCIEN *, U.	J. PARISOT U.

Agrégés libres.

MM. REMY U, FÉVRIER O *, I U, FRÉLICH *, I U,
JACQUES I U, ANDRÉ *, I U, MICHEL I U, L. SPILLMANN I U.

M. H. COIFFARD I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

EXTERNAT

Clinique de radiographie. — M. le Professeur GUILLOZ.
(Novembre 1910 — Mars 1911.)

Clinique d'oto-rhino-laryngologie. — M. le Professeur JACQUES.
(Mars — Juillet 1911.)

Clinique chirurgicale. — M. le Professeur WEISS.
(Juillet — Septembre 1911.)

Clinique infantile. — M. le Professeur HAUSHALTER.
(Novembre 1911 — Novembre 1912.)

Clinique médicale. — M. le Professeur Paul SPILLMANN.
(Novembre 1912 — Juillet 1913.)

Clinique médicale. — M. le Professeur SIMON.
(Juillet — Septembre 1913.)

PRÉFACE

Lorsque, dans le courant de 1914, M. le Professeur HAUSHALTER voulut bien nous indiquer pour sujet de notre thèse : Des dystrophies dentaires dans l'hérédo-syphilis, tout de suite nous fûmes séduite par l'intérêt que présentait cette étude. Elle nous permettait en effet de suivre et de mieux approfondir ces problèmes si complexes et encore mal définis de l'hérédité. D'autre part, nous comptions faire sérieusement les travaux de laboratoire que comportait notre sujet et nous avions espéré beaucoup de la luétine-réaction. A cet effet nous avons demandé et reçu du Rockefeller-Institut de New-York les cultures nécessaires.

A peine avons-nous commencé nos recherches, dont l'intérêt devenait à chaque pas plus captivant pour nous, que brusquement la clinique

infantile n'existait plus et que le laboratoire fermait ses portes.

La mobilisation, la guerre, puis l'ennemi proche qui dans son arrogance rêva un instant d'un défilé de uhlands dans la majestueuse ordonnance de nos places aristocratiques, l'angoisse de ces journées de bataille, ne nous permirent plus de songer à un travail personnel.

D'autres devoirs sollicitaient notre activité, et c'est à l'ambulance du Bon-Pasteur que nous cherchâmes d'abord à nous rendre utile, puis à l'hôpital civil où, avec une bienveillance qui chaque jour nous touche davantage, M. le Professeur ROHMER voulut bien nous admettre à sa clinique d'ophtalmologie.

Pourtant les semaines, les mois ont passé et, pour des motifs d'ordre personnel, nous nous sommes vue contrainte de clore cette étude, et bien à regret nous vous présentons aujourd'hui un travail incomplet et inachevé.

Dans l'impossibilité de reprendre sérieusement nos travaux, même pendant les périodes de calme relatif, puisque nos cliniques et nos laboratoires sont déserts et qu'à nos bibliothèques manquent de nombreux volumes, nous avons seulement groupé et mis en ordre les documents épars recueillis avant la guerre. Comptant sur l'indulgence de nos juges, nous leur apportons donc aujourd'hui une simple ébauche du travail que

nous espérons bien reprendre et parachever lorsque la paix aura repeuplé nos cliniques et que, délivrée nous-même du souci d'un examen, nous pourrons vraiment faire œuvre désintéressée.

Nous garderons toujours un souvenir ému et une reconnaissante admiration pour notre regretté maître M. le Professeur Paul SPILLMANN, dont la bonté et la bienveillance furent inépuisables.

Merci à M. le Professeur HAUSHALTER qui, pendant un an, fut pour nous le professeur le plus écouté, le maître le plus bienveillant, et qui a bien voulu accepter la présidence de notre travail.

Remercions encore M. le Professeur ROHMER, qui si gracieusement nous initia aux secrets de l'ophtalmoscope et dont l'esprit aimable, les réflexions pittoresques, nous font trouver tant de charmes à l'étude que nous poursuivons sous sa direction. Acceptera-t-il que nous lui exprimions l'admiration avec laquelle nous le voyons chaque jour, infatigable, se prodiguer aux malheureux et leur rendre la joie lumineuse du soleil sans laquelle la vie n'aurait plus sa valeur.

Nous sommes heureuse aussi de rappeler le généreux et inlassable dévouement de M. le Professeur VAUTRIN pour les déshérités de la vie, sa science profonde et agréable, la foi en son art qu'il sait communiquer à ses élèves, et son aménité exquise.

Nous lui devons la vie et lui exprimons ici

notre reconnaissance infinie, notre confiance illimitée.

Nos remerciements à M. le Professeur RICHON qui par sa science médicale si finement pénétrante, autant que par l'étendue de ses connaissances, fixe à nos yeux l'idéal du praticien dans ce qu'il a de profondément humain, et qui sut en maintes occasions, nous prouver ce que peut être l'admirable harmonie d'un cœur vibrant à toutes les souffrances morales et physiques et, d'une raison claire et précise.

AVANT-PROPOS

Les stigmates sont de nature à rendre au diagnostic les plus précieux, les plus estimables services ; ce sont des signaux, des avertissements qui crient au médecin : « Attention, méfiez-vous ; peut-être y a-t-il syphilis sous roche. »

Ne rempliraient-ils que ce simple office de dénonciateurs, qu'ils seraient les bienvenus.

E. FOURNIER.

On a réservé le nom de syphilis à l'ensemble des altérations provoquées dans l'organisme par le spirochète pâle de Schaudinn et ses toxines.

Le microbe de la syphilis peut exercer ses ravages de façon multiple, et non moins multiples sont les différentes façons de subir la contagion syphilitique. La façon la plus banale et la plus courante, la « tréponémiase », est certainement le contact direct, créant alors à côté des contacts indirects, moins nombreux et très suspects, toute la série des affections qui rentrent dans le cadre des syphilis acquises. Nous savons, et nous eûmes l'occasion de constater à maintes reprises au cours de nos études médicales, quels sont les ravages susceptibles d'être pro-

duits dans l'organisme par l'agent spécifique de la syphilis.

Malheureusement, la syphilis rentre dans le cadre de ces affections redoutables, non seulement pour le sujet qui en est atteint, mais aussi pour sa descendance, et, certainement, les manifestations de la syphilis héréditaire ne sont pas de celles qui peuvent être dédaignées; elles présentent une importance capitale, car ces lésions, rapidement diagnostiquées et par conséquent décelées, permettront un traitement qui saura nous conserver ou améliorer l'état de santé de jeunes enfants innocents de leur maladie.

La transmission de la syphilis peut se faire par le placenta, par l'ovule ou par le spermatozoïde. Dans aucun cas, il ne s'agit de ce qu'on appelle en pathologie générale une hérédité vraie, mais d'une affection communiquée. GASTOU admet volontiers, en dehors de cette syphilis transmise en nature, une hérédité d'origine toxi-infectieuse, mais non de nature syphilitique, ne présentant dans ses manifestations aucun des caractères de la syphilis.

HALLOPEAU et FOUQUET admettent difficilement cette manière de voir. Pour eux, les dystrophies multiples qui seraient l'expression de cette hérédité toxi-infectieuse syphilitique, ne sont dues qu'à la contamination de l'embryon par le tréponème pâle, et doivent être considérées comme des deutéropathies.

Conformément à la nomenclature médicale, nous

entendons, par deutéropathies syphilitiques, toutes les manifestations morbides qui surviennent secondairement à cette maladie. Ces deutéropathies peuvent se développer sous l'influence de processus divers; elles ont de commun entre elles d'être rebelles aux traitements spécifiques.

Elles peuvent être classées ainsi qu'il suit :

1° Troubles actifs et passifs de vascularisation au voisinage de syphilômes;

2° Dystrophies de produits épidermiques consécutivement à l'invasion de leur organe générateur par le contagion;

3° Altérations secondaires des cicatrices;

4° Accidents liés à leur rétraction ou à leur défaut de résistance;

5° Rétrécissement ou oblitération d'orifices;

6° Phlegmasie consécutive au travail d'élimination de séquestre;

7° Altérations consécutives à la diminution de résistance des parois vasculaires;

8° Prolifération microbienne dans les cavités ulcérées par les syphilômes;

9° Accidents consécutifs aux compressions nerveuses;

10° Altérations secondaires, soit passives, soit actives, à évolution et migratrices, des appareils sensitifs et coordinateurs du névraxe;

11° Altérations secondaires diffuses, actives et migratrices, de la pie-mère et de l'arachnoïde;

12° Dystrophies multiples résultant de l'altération, pendant la vie embryonnaire, des cellules germinatrices.

C'est ce dernier paragraphe qui va nous intéresser tout particulièrement, car ce sont justement ces altérations spécifiques qui se développent chez l'embryon dans les cellules germinatrices et, en entravant et en troublant les fonctions, créent ainsi les dystrophies hérédo-syphilitiques.

Le résultat est la production de ces stigmates variés de la syphilis héréditaire qui ont été si bien étudiés par LANNELONGUE et Ed. FOURNIER.

Il n'est pas de notre ressort de discuter les différents processus pathologiques ayant présidé à la création de ces dystrophies : contentons-nous de les constater et de les énumérer, de voir les rapports qu'elles peuvent avoir avec la syphilis, affection que l'on rencontre très-souvent à leur origine.

Nous suivrons, dans cette étude, les indications du maître en syphiligraphie, Alfred FOURNIER. D'après lui, les manifestations de l'hérédité syphilitique peuvent être réparties en cinq catégories :

- I. Accidents de syphilis proprement dits ;
- II. Cachexie fœtale aboutissant d'une façon ou d'une autre à une inaptitude à la vie ;
- III. Troubles dystrophiques généraux ou partiels ;
- IV. Malformations congénitales ;
- V. Prédisposition morbide.

Nous étudierons spécialement ces troubles dystrophiques généraux ou partiels.

Ils se révèlent par une lenteur insolite de développement ou des arrêts de développement : lenteur de la croissance générale, kératite interstitielle, surdité congénitale et, malformations dentaires spéciales des incisives médianes supérieures (constituant la triade syphilitique d'HUTCHINSON), nanisme et amorphisme dentaires (FOURNIER), érosion, stigmates dystrophiques maxillo-dentaires (GALIPPE) du squelette, crâne natiforme (FOURNIER), tibia en lame de sabre (LANNELONGUE), perforation du voile du palais, exostose palatine, atrophie testiculaire (THIBIERGE), époque tardive de la marche, de la puberté, de la menstruation, du développement de certaines parties du système pileux, barbe, poils des régions génitales.

Nous nous proposons donc plus particulièrement d'étudier les dystrophies dentaires dans l'hérédosyphilis, de voir si ces dystrophies sont toujours pathognomoniques de l'hérédosyphilis, si d'autres affections des générateurs ne sont pas susceptibles de les engendrer, et notre intention est surtout de partir du point de vue clinique, d'établir nos conclusions uniquement sur les faits d'observation.

Nous nous sommes aidée aussi des recherches de laboratoire, dans les limites où cela nous a été possible (réaction de Wassermann et luétine-réaction de Noguchi).

Maintenant que nous avons montré d'une façon toute générale ce que nous entendions par dystrophies dentaires dans l'hérédo-syphilis, il est bon qu'avant d'entrer dans notre sujet, nous donnions un aperçu de l'étude que nous avons faite et en exposions le plan.

Avant que d'étudier les malformations d'un organe, il faut en préciser l'anatomie normale ; nous ferons d'abord une séméiologie dentaire de l'enfant, laissant, bien entendu, de côté les accidents de la première enfance, et traiterons la séméiologie de la première et de la seconde dentition, l'époque d'apparition des dents, l'ordre de cette apparition. Ceci constituera notre premier chapitre.

Dans un deuxième chapitre, nous examinerons les altérations dentaires au cours de la première et de la seconde dentition ; nous verrons quelles seront ces altérations et essaierons aussi de retrouver les causes de ces altérations.

Un troisième chapitre sera attribué à l'étude des lésions dentaires rattachées par les auteurs à l'hérédo-syphilis : elles seront étudiées dans la première et dans la deuxième enfance ; nous ferons l'étude des manifestations rares ou frustes de l'hérédo-syphilis, qui pourront nous être d'un concours précieux dans le diagnostic de ces dystrophies dentaires.

Immédiatement après, dans un quatrième chapitre, nous étudierons les renseignements que peuvent nous donner la séro-réaction de Wassermann et la lué-

tine-réaction ; nous verrons la confiance que l'on peut accorder à l'une et à l'autre, et comment de telles réactions peuvent nous être utiles.

Après cette revue générale de travaux pris dans la littérature, nous rapporterons les observations que nous avons recueillies dans les différentes cliniques et particulièrement dans les services de M. le professeur HAUSHALTER et, de M. le professeur ROHMER.

Nous comparerons les conclusions que nous en pourrions tirer avec celles des auteurs, et verrons ce qu'il faut penser des stigmates dentaires, à savoir s'ils sont toujours pathognomoniques de l'hérédosyphilis et si l'on ne peut trouver d'autres causes à leur origine.

ÉTUDE PRÉPARATOIRE
DES
DYSTROPHIES DENTAIRES
CHEZ LES
HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

CHAPITRE I
DE LA DENTITION NORMALE

I. — Première dentition.

La dent est un organe dur placé chez l'homme à l'orifice du canal alimentaire et localisé exclusivement à la crête des maxillaires. Elle est formée par la réunion de tissus durs et de tissus mous, et peut être divisée en deux portions bien distinctes l'une de l'autre au point de vue physiologique :

- A. Une portion visible : la couronne ;
- B. Une portion invisible : la racine.

Ces deux portions sont séparées l'une de l'autre par une ligne plus ou moins sinueuse résultant du contact intime des tissus externes de la couronne et de la racine,

appelée le collet de la dent, qui, à l'état normal, doit se trouver au niveau de la gencive.

Les tissus durs qui composent la dent sont, en allant de la périphérie vers le centre :

Partie visible (couronne)	{	1° La cuticule de l'émail ou membrane de Nasmyth ;
		2° L'émail ou substance adamantine, localisé chez l'homme exclusivement à la couronne ;
		3° La dentine ou ivoire dans la portion coronaire.
Partie invisible (racine)	{	1° Le ciment, qui est l'enveloppe dure de la racine ;
		2° La dentine ou ivoire dans la portion radiculaire.

Quant aux tissus mous, ils peuvent être divisés en deux classes :

- 1° Tissu mou invisible interne : la pulpe ;
- 2° Tissu mou invisible externe : le ligament alvéolo-dentaire ;
- 3° Tissu mou visible : la gencive, qui peut d'ailleurs être considérée comme une annexe de la dent.

a) La cuticule de l'émail est une mince pellicule d'origine épithéliale, comme l'a démontré PAUL en 1887, et qui recouvre toute la couronne de l'organe et seulement la couronne.

Cette cuticule se rencontre sur toutes les dents de l'homme, aussi bien sur les dents temporaires que sur les dents permanentes, et ne disparaît sur certaines parties de l'organe que par suite d'abrasion mécanique.

b) L'émail est un tissu aussi d'origine épithéliale, susceptible de se cliver (c'est une de ses propriétés

essentielles), exclusivement localisé à la couronne. C'est un tissu transparent qui ne doit sa coloration qu'au tissu sous-jacent (dentine). Cet émail n'est pas étalé en couche uniforme comme la cuticule, mais en couche plus ou moins épaisse suivant qu'on l'étudie au collet de la dent où il est le plus mince, ou au niveau du bord tranchant, où des cuspides.

c) La dentine ou ivoire est un tissu dur d'aspect nacré plus ou moins jaunâtre ou blanchâtre donnant à l'émail sa coloration ; elle est d'origine conjonctive. Cette dentine renferme un corps mou, la pulpe dentaire, qui porte successivement, suivant les phases de développement, les noms de papille dentaire, bulbe dentaire.

Quant aux portions invisibles de la dent, comme le cément, elles ne nous intéressent pas, n'ayant aucun rôle dans sa morphologie. C'est aussi pour cette raison que nous ne parlerons pas des tissus mous de la dent.

Il est intéressant, en outre, d'avoir quelques notions embryologiques, afin de fixer la date d'apparition des dents chez le nouveau-né et de nous permettre plus tard de pouvoir interpréter les différentes altérations dentaires que nous sommes susceptibles de rencontrer. Il est important aussi de savoir à quelle époque se fait la calcification de la dent, puisque la plupart de ces lésions, quelle que soit leur origine, sont dues à des troubles de calcification (PEIRE, MAGITOT).

Chez l'homme, le développement des dents commence dans le deuxième mois de la vie fœtale. Une crête (le germe de l'émail des anciens auteurs) s'en-

fonce de l'épithélium dans la cavité buccale, tapissant les arcs maxillaires supérieur et inférieur dans le tissu conjonctif embryonnaire riche en cellules.

La place où la crête pénètre dans la profondeur est généralement marquée par une gouttière qui court parallèlement à l'arc maxillaire. Cette gouttière est désignée sous le nom de sillon dentaire. Au début, la ligne dentaire est partout aussi mince et se sépare des tissus voisins par une surface lisse. Sur des coupes transversales, on ne voit encore à ce moment aucune ébauche de dents. Dans la suite, ces cellules épithéliales commencent à proliférer en certains points de la face de la crête dentaire tournée vers l'intérieur. Cette prolifération amène la formation de nombreux épaisissements disposés à égale distance l'un de l'autre : ces épaisissements donneront les dents. Il se forme vingt dents de lait, leur nombre est de dix à chaque mâchoire. Les épaisissements prennent la forme d'une coiffe, puis ils se séparent à la quatorzième semaine peu à peu, par la face extérieure de la crête épithéliale. Toutefois ils restent unis avec elle, à quelque distance, par un pédicule qui les rattache à l'arête. Les proliférations épithéliales qui donnent naissance à l'émail ont reçu le nom d'*organe de l'émail*. Pendant que s'accomplissaient ces modifications de l'épithélium, le tissu conjonctif voisin n'est pas demeuré inactif. Les cellules du tissu conjonctif subissent à la base de l'émail une prolifération très active et constituent une papille dont la forme correspond à celle de la future dent. Cette papille s'engage dans l'organe de l'émail qui revêt la forme d'une coiffe. Dans ces deux ébauches, se diffé-

rencient, contiguës l'une à l'autre, les deux couches particulières dont l'ivoire et l'émail tirent leur origine. Les cellules à la surface de la papille deviennent fusiformes; elles se disposent en une sorte de couche épithéliale, la couche des odontoblastes ou membrane de l'ivoire. En même temps, les cellules de la couche interne de l'organe de l'émail au contact immédiat de la papille deviennent cylindriques et constituent la membrane de l'émail. Cette membrane s'amincit graduellement à la base de la papille et se continue avec la couche d'éléments cubiques qui sépare la surface de la coiffe du tissu conjonctif voisin. Entre les deux couches cellulaires (l'épithélium externe et l'épithélium interne, KÖLLIKER), les autres cellules épithéliales subissent une métamorphose spéciale. Elles donnent un tissu muqueux particulier, la pulpe de l'émail. Cette pulpe de l'émail est le plus développée du cinquième au sixième mois de la vie fœtale; elle diminue ensuite jusqu'à la naissance, au fur et à mesure que les dents se développent davantage.

Les ébauches dentaires molles s'accroissent jusqu'au cinquième mois du développement embryonnaire et prennent en même temps la forme particulière des dents qui en naîtront : incisives, canines, molaires.

Alors seulement commence l'ossification, et il se forme, aux dépens des odontoblastes ou cellules de l'ivoire, une coiffe d'ivoire. En même temps elle présente, du côté de la membrane de l'émail, un mince revêtement d'émail. Sur cette première couche, il s'en dépose constamment de nouvelles, jusqu'à ce que la couronne dentaire soit complète. La pulpe de l'émail

s'atrophie par la pression exercée par cette dernière ; de sorte que chez le nouveau-né elle ne constitue plus qu'un mince revêtement. La papille se transforme en un tissu conjonctif muqueux renfermant des vaisseaux et des nerfs, et constitue la pulpe proprement dite, renfermant la cavité dentaire. Au fur et à mesure que l'ébauche totale devient plus grande, elle soulève la gencive qui revêt le bord de la mâchoire et l'amincit peu à peu. Enfin la jeune dent perce chez le nouveau-né et elle se débarrasse, à sa surface, du reste atrophié de l'organe de l'émail. Le moment est alors arrivé où se constitue la troisième substance dentaire : le ciment qui enveloppe la racine. Très tôt, à la dix-septième semaine, les ébauches des dents de remplacement apparaissent contre celles des dents de lait. Elles tirent également leur origine de la crête épithéliale. La crête dentaire s'enfonce plus dans la profondeur à la place où elles se séparent de l'organe de l'émail, et n'est plus réunie à lui que par un pédicule épithélial, le col.

C'est là, au voisinage de la crête de l'arête, que se forment à nouveau des proliférations épithéliales et des papilles dentaires situées à l'intérieur des sacs dentaires des dents de lait. En outre, les organes de l'émail des molaires postérieures se développent ; ces dents ne sont soumises à aucun remplacement, elles ne se forment qu'une seule fois, aux extrémités droite et gauche des crêtes épithéliales, qui s'étendent ainsi davantage sur les côtés.

Les premières molaires se forment à la dix-septième semaine, les deuxièmes six mois après la naissance.

A l'âge de sept ans, commence habituellement la seconde dentition. Elle est due à ce que, sous l'influence de la pression exercée par la nouvelle génération en voie d'accroissement, les racines des dents de lait subissent une destruction et une résorption.

« La pression lente de la couronne sur la gencive en détermine la résorption, de sorte que la dent apparaît non pas après avoir déchiré la muqueuse, mais après avoir usé les tissus par couches les uns après les autres. »

Ce phénomène se passe normalement chez le nourrisson entre le sixième et le huitième mois, un peu plus tardivement pour les enfants nourris au biberon. Cette différence disparaît vers le quinzième mois.

D'ailleurs, voici une série de tableaux qui peuvent nous donner un aperçu général sur cette question.

D'après TOMEs :

Incisive médiane inférieure	de 6 à 9 mois
Incisive médiane supérieure	} de 9 à 12 mois
Incisive latérale supérieure.	
Incisive latérale inférieure.	
Prémolaire supérieure.	
Prémolaire inférieure.	} 18 mois
Canine supérieure	
Canine inférieure.	} (très variables)
Molaire supérieure.	
Molaire inférieure.	} vers la fin
	} de la 2 ^e année

D'après PREISWERK :

Incisive médiane inférieure.	} de 6 à 8 mois
Incisive médiane supérieure	
Incisive latérale supérieure.	} de 8 à 12 mois
Incisive latérale inférieure	

Prémolaire supérieure	}	de 13 à 16 mois
Prémolaire inférieure		
Canine supérieure	}	de 16 à 20 mois
Canine inférieure		
Deuxième molaire supérieure	}	de 20 à 30 mois
Deuxième molaire inférieure		

D'après SEIGNEUR :

	SEIN	BIBERON
Incisive médiane inférieure	8 ^e	10 ^e
Incisive médiane supérieure	10 ^e	12 ^e
Incisive latérale supérieure	11 ^e	13 ^e
Incisive latérale inférieure	14 ^e	16 ^e
Prémolaire supérieure	16 ^e	18 ^e
Prémolaire inférieure	17 ^e	18 ^e
Canine supérieure	20 ^e	19 ^e
Canine inférieure	20 ^e	22 ^e

De 1858 à 1868, à la Maternité de Paris, sur 17.578 enfants, 3 seulement étaient pourvus de deux incisives à leur naissance.

Pour PRILLIET et BARTHEZ, la date de sortie des premières dents est, pour la moitié des enfants, entre cinq et sept mois.

Pour TROUSSEAU, six à neuf mois, exactement six mois et demi.

Pour HERVIEUX, sur 63 cas, 6 fois seulement la première dent avant onze mois.

Pour BOUSSENGRE (Moscou), 525 enfants à sept mois.

Pour MAGITOT, sur 500 enfants à sept mois également.

Pour HENOCH, septième et neuvième mois.

Pour COMBY, l'incisive médiane inférieure est visible à six mois.

Après maintes controverses sur l'ordre de sortie des dents (TROUSSEAU, HERVIEUX, MAGITOT), nous en restons à la classification de SEIGNEUR.

Cependant, il peut se trouver des anomalies dans la sortie des dents, quoique les auteurs n'y attachent aucune importance pathologique.

« Toutes les fois qu'une dent sort avant le groupe qui doit habituellement la précéder, l'autre dent correspondante ne paraît qu'après l'évolution complète de ce groupe. Dans chaque groupe, la dent de gauche a tendance à sortir la première. »

Le temps que met chaque groupe à sortir est fort variable, ainsi que les temps d'arrêt.

Cependant TROUSSEAU, dans ses cliniques, en a donné les lois; il n'en faut retenir simplement que, « lorsque la pousse des dents se fait rapidement, le temps d'arrêt consécutif est plus long ». En effet, ses périodes de temps d'arrêt sont quelque peu exagérées; elles sont très variables et se réduisent à quatorze mois.

En général, nous avons trois temps d'arrêt :

1° Entre incisives latérales supérieures et incisives latérales inférieures;

2° Entre la dernière prémolaire et les canines;

3° Entre les canines et la dernière molaire.

Le tout étant terminé pour le vingt-quatrième mois.

Les dents temporaires ou de première dentition s'ébranlent et tombent entre la sixième et huitième année, cette chute s'effectuant dans l'ordre de leur apparition. Elle est contemporaine de l'apparition des dents permanentes.

II. — Deuxième dentition.

La deuxième dentition comprend trente-deux dents.

Les vingt premières de ces trente-deux dents, en procédant d'avant en arrière, prennent le plan des vingt dents de lait. On les désigne pour cette raison sous le nom de remplacement; les douze dernières grosses molaires sont des dents nouvelles qui n'ont pas de représentant dans la première dentition et qui apparaissent sur la partie la plus reculée des maxillaires dans un espace jusque-là inoccupé.

Les premières dents permanentes qui se montrent sur le rebord alvéolaire sont les premières grosses molaires; leur éruption s'effectue ordinairement de six à sept ans, d'où le nom de « dent de sept ans » qu'on leur donne vulgairement. Viennent ensuite les vingt dents de remplacement, dans le même ordre que les dents de lait, et enfin les dernières grosses molaires.

Nous résumons, du reste, dans les tableaux suivants l'ordre chronologique de l'éruption.

D'après SAPPEY :

Première molaire inférieure et supérieure	5 ans
Incisives centrales inférieures.	6 à 8 —
Incisives centrales supérieures	7 à 8 —
Incisives latérales.	8 à 9 —
Premières prémolaires.	9 à 10 —
Deuxièmes prémolaires	12 à 13 —
Canines	10 à 11 —
Deuxièmes molaires.	12 à 14 —
Troisièmes molaires (dents de sagesse).	20 à 30 —

D'après BOUCHUT :

Première molaire inférieure et supérieure	5 à 7 ans
Incisives centrales inférieures.	6 à 8 —
Incisives centrales supérieures	7 à 9 —
Incisives latérales.	7 à 9 —
Premières prémolaires.	9 à 10 —
Deuxièmes prémolaires	10 à 11 —
Canines	11 à 12 —
Deuxièmes molaires.	12 à 13 —
Troisièmes molaires (dents de sagesse)	18 à 24 —

D'après MAGITOT :

Première molaire inférieure et supérieure	7 ans
Incisives médianes inférieures	7 —
Incisives médianes supérieures	7 —
Incisives latérales.	8 — 1/2
Premières prémolaires	9 à 12 —
Deuxièmes prémolaires	11 —
Canines	11 à 12 —
Deuxièmes molaires.	12 à 13 —
Troisièmes molaires (dents de sagesse)	17 à 25 —

Ces dernières restent quelquefois ensevelies dans l'épaisseur de la mâchoire.

III. — Morphologie des dents.

Dans cette morphologie sommaire, nous nous occuperons uniquement de la morphologie de la couronne.

1° INCISIVES CENTRALES SUPÉRIEURES

Le bord tranchant est une ligne à peu près droite partant à angle droit de l'angle *mésial pour aboutir aux deux tiers de la largeur totale de la couronne,

l'autre tiers se relevant insensiblement vers la face distale pour former l'angle distal qui, à l'encontre du premier, est arrondi et fuyant. Trois petites éminences (fleurs de lys) sillonnent le bord tranchant lors de l'éruption. Elles disparaissent avec l'âge par suite de l'usure.

Sur la face labiale de la dent se trouvent trois sillons longitudinaux qui correspondent aux fleurs de lys.

La face palatine est concave au lieu d'être convexe légèrement comme la face labiale.

2° INCISIVE LATÉRALE SUPÉRIEURE

Est plus étroite que la dent voisine. Se présente sous une forme à peu près semblable et se différencie surtout par un bord tranchant qui affecte, contrairement au bord tranchant de l'incisive centrale supérieure, la forme d'un segment de circonférence. Sur la face labiale, on remarque moins fréquemment les crêtes ou fleurs de lys signalées précédemment.

3° CANINES SUPÉRIEURES

Si les incisives pouvaient être comparées à une figure trapézoïdale, les canines, elles, peuvent, par leur face labiale, présenter l'aspect d'un pentagone. La dent est pointue, il existe en somme deux bords tranchants fuyants. Quant à la surface labiale, elle est lisse, polie, légèrement bombée. Il existe à la face palatine un petit cuspide cervico-palatin.

4° PREMIÈRES PRÉMOLAIRES

La couronne est de beaucoup plus courte que celle de la canine, plus trapue aussi et présentant, comme forme, le même aspect. La seule différence appréciable provient du collet. C'est une dent composée, nous présentant deux cuspides, un externe ou jugal, un interne ou palatin ; entre les deux existe un sillon sinueux.

La face triturante de cette dent représente une figure pentagonale avec, au centre, une dépression qui est le sillon intercuspidien.

5° DEUXIÈME PRÉMOLAIRE

Est un peu plus étroite que la première prémolaire, mais a le même aspect massif, et l'aspect de la couronne ne la fait guère différencier de la précédente. Seule la face triturante présente des cuspides plus accentués.

6° PREMIÈRE GROSSE MOLAIRE

Elle a une forme trapézoïdale irrégulière, deux cuspides la divisent en deux parties très inégales. La face jugale est polie et séparée par un sillon intercuspidien profond et très marqué. Sa face triturante présente l'aspect d'un cube irrégulier sur lequel on distingue de nombreux sillons ou anfractuosités séparant et délimitant quatre et quelquefois cinq éminences d'émail ou cuspides.

7° INCISIVE CENTRALE INFÉRIEURE

Ne diffère que par ses dimensions de sa symétrique du maxillaire supérieur.

8° INCISIVE LATÉRALE INFÉRIEURE

Est surtout caractérisée par ce fait qu'elle est beaucoup plus large que la centrale, et cela à l'encontre de ce qui se passe au maxillaire supérieur. Le bord tranchant se présente sous l'aspect d'une ligne brisée.

9° CANINE INFÉRIEURE

La première prémolaire inférieure, la deuxième prémolaire inférieure, la première grosse molaire inférieure, ne diffèrent que par des points de détail, tout à fait insignifiants pour nous, de leurs homologues du maxillaire supérieur.

Pour être normales, les dents doivent être accolées les unes aux autres, sans écartement ni chevauchement, et être situées sur une ligne régulièrement elliptique.

CHAPITRE II

DES ALTÉRATIONS DENTAIRES

Comme l'a si bien dit MAGITOT, la dent ne quitte sa poche fœtale que pourvue d'une façon définitive de ses caractères normaux ou anormaux.

Jusqu'à présent, nous avons considéré la dent dans ses formations normales ou mieux la dent telle qu'elle devait apparaître; mais le plus souvent les dispositions anatomiques décrites par les auteurs ne sont pas conformes à la nature, et nous ne devons pas, dans les descriptions que nous allons faire des anomalies dentaires, considérer comme des cas pathologiques bien des déformations de la formule dentaire et de l'anatomie même de la dent. Il faudra nous montrer d'une extrême prudence et ne pas, par exemple, vouloir faire jouer un rôle important, au point de vue du diagnostic d'une affection héréditaire, à une légère rotation d'une dent sur son axe, et c'est, dans ce but que nous allons nous attacher à décrire toute une série de lésions dentaires types, bien connues, bien déterminées, et sur lesquelles on peut poser un diagnostic sérieux et réellement bien fondé.

I. — Anomalie d'éruption et d'implantation.

a) ÉRUPTION PRÉCOCE

Les premières dents apparaissent généralement vers le sixième mois, mais nombreuses sont les observations où les dents apparaissent beaucoup plus tôt. On cite le cas d'enfants venus au monde avec une ou plusieurs incisives, comme l'ont relaté THORE, BRINDEAU, MACÉ, JEANNIN.

Il ne faut cependant pas confondre l'éruption précoce avec la folliculite expulsive qui est due à une inflammation de la gencive chez le nouveau-né, et l'on distingue de ce fait que :

- 1° L'éruption suit l'ordre normal habituel;
- 2° Elle n'est accompagnée ni de phénomènes généraux ni de phénomènes inflammatoires locaux. La gencive n'est au niveau de la dent ni rouge, ni douloureuse;
- 3° L'éruption précoce due aux phénomènes physiologiques normaux s'accompagnera de la formation radiculaire habituelle, entraînant la solidité relative de la dent.

Comme toutes les anomalies, elle indique un trouble dont l'origine est à rechercher et a parfois un caractère héréditaire. MARFAN attribue ces troubles à l'hérédité syphilitique ou tuberculeuse; M^{me} SOLLIER en a cité des exemples chez les idiots et FÉRIER chez les myxœdémateux.

b) ÉRUPTION TARDIVE

Elle se rencontre fréquemment. Un de ses exemples les plus classiques est celui fourni par le retard observé chez le nourrisson élevé au biberon (SEIGNEUR). Sur-tout le rachitisme, puis la syphilis héréditaire auront un rôle important dans ce retard de l'apparition des dents; n'oublions pas les fièvres éruptives et citons pour mémoire les troubles des voies respiratoires et digestives, encore faut-il qu'ils aient été fort graves et de longue durée.

c) CHUTE DES DENTS DE LAIT

Nous ne trouvons guère chez les auteurs que CHOMPRET pour attacher une importance à la chute des dents de lait, et il penserait à leur persistance fréquente chez les hérédo-syphilitiques.

d) RETARD DES DENTS PERMANENTES

Tout est incriminé pour expliquer le retard des dents permanentes. Ce sont toutes les causes d'ordre général : les hérédités syphilitiques, tuberculeuses, peuvent être tour à tour invoquées.

e) ABSENCE DES DENTS

Elle constitue souvent un caractère héréditaire (GALIPPE), mais toute maladie, tout traumatisme capables de léser le germe dentaire peuvent l'entraîner.

f) TROUBLES DE DIRECTION

La rétroversion, l'antéversion, la latéroversion, la rotation sur l'axe, pourraient au besoin nous donner des indications pour poser un diagnostic. Mais il faut tenir compte que la plupart de ces lésions ne sont pas dues uniquement à une hérédité particulière, mais le plus souvent ont pour origine un traumatisme ancien du maxillaire, ont pour cause des dents trop serrées sur leur base d'implantation, et que si, M^{me} SOLLIER a rencontré ces lésions chez les idiots, il ne faudrait pas en inférer que tous les gens qui ont des dents tardives sont des idiots, ce serait d'un exclusivisme un peu exagéré.

g) ANOMALIE DE SIÈGE

On cite à maintes reprises l'existence de dent palatine ou nasale, de dent supplémentaire dont les causes n'ont jamais été nettement établies.

h) Citons encore le large écartement des incisives médianes supérieures sur lequel GAUCHER a particulièrement insisté en ces dernières années; et à l'origine duquel il retrouve toujours l'hérédité syphilitique.

II. — Dystrophies dentaires.

a) ANOMALIE DE FORME

Le gigantisme et le nanisme résultent des altérations du follicule soit d'ordre local, soit d'ordre général; quelquefois la tuberculose, la syphilis ont été incriminées; souvent il ne s'agit aussi que de dystrophies

familiales. Quant au cas d'amorphisme dentaire décrit par FOURNIER, et attribué par lui à l'hérédosyphilis, l'altération folliculaire en apparaît comme la cause la plus évidente.

Parmi ces dents, nous verrons toute l'échelle depuis les dents les plus usuelles jusqu'aux dents les plus extraordinaires, telles que les dents en « domino », en « tournevis », les dents de poisson, dents de squal (incisives latérales supérieures), les dents cannelées, les dents en tricorne (HUTCHINSON), les dents en fer de hache, les dents de poupée (*dwarf tooth*), dents torsées, les dents effilées, en touche de piano, très allongées par rapport à leur diamètre transverse, dents en cheville (*pegged tooth*), dents en corne, dents polytuberculeuses, enfin les dents informes ou dents en cailloux, qu'aucune description ne saurait rendre.

b) L'atrésie des mâchoires, accompagnée des rapports anormaux des arcades dentaires serait aussi une anomalie en rapport avec un défaut de développement dû aux différentes hérédités déjà citées.

c) ÉROSION DENTAIRE

L'érosion, dit MAGITOT, est caractérisée par une altération de la couronne des dents, qui au moment de l'éruption apparaissent comme usées ou rongées sur un certain point de leur hauteur. D'après tous les auteurs, c'est la lésion dentaire la plus importante, c'est aussi celle à laquelle nous allons nous attacher le plus longtemps et que nous décrirons dans tous ses détails. Du reste, FOURNIER y attache une grande valeur, et nous

n'en voulons donner pour preuve que sa définition. L'érosion dentaire est une lésion due à des troubles nutritifs qui ont surpris la dent au moment de son développement, qui l'ont altérée, qui l'ont affectée d'une façon ou d'une autre, et qui ont laissé sur elle une empreinte indélébile.

Il était classique chez les auteurs anciens d'attribuer l'érosion dentaire à l'action d'un liquide corrosif sécrété par un organisme dans un état pathologique particulier, au moment de la croissance de la dent. Une telle hypothèse n'a de valeur qu'en ce sens qu'elle donne une figuration exacte de l'aspect de la lésion dentaire.

Il est évident qu'une telle pathologie ne peut être à l'heure actuelle admise en aucune circonstance.

Habituellement l'érosion dentaire présente les caractères suivants :

- 1° Elle atteint plusieurs dents ;
- 2° Elle siège à des hauteurs différentes sur les divers groupes dentaires ;
- 3° Elle affecte constamment sur le même point, à un égal degré et sous une forme identique, les dents homologues d'une même mâchoire ou de deux mâchoires ;
- 4° Elle est de forme circulaire, c'est-à-dire qu'elle représente un anneau tracé tout autour de la dent.

Ce sont là des règles qui n'ont rien d'absolu. AMBROISE PARÉ, BUNON, FAUCHARD, MAHON, avaient une telle conception de l'érosion dentaire, et il faut au moins aller jusqu'à HUTCHINSON, en 1859, pour voir les érosions dentaires nettement décrites avec une interprétation très voisine de ce que nous considérons comme l'exactitude aujourd'hui.

L'érosion se rencontre beaucoup plus fréquemment sur les dents de la seconde dentition que sur celles de la première.

POUR PARROT, l'érosion des dents temporaires atteint par ordre de fréquence les canines, les deuxièmes molaires, les premières molaires et surtout les incisives latérales et les incisives médianes.

MAGITOT prétend que ce sont surtout les premières molaires et ensuite les incisives inférieures et supérieures, puis les canines, puis les prémolaires qui sont touchées.

On a observé souvent que l'incisive médiane est plus souvent atteinte que l'incisive latérale et ZSIGMONDY, de Vienne, l'explique en disant que la période de calcification des incisives latérales est postérieure à celle des incisives médianes.

Nous ne saurions mieux faire, pour décrire les érosions dentaires, que de nous en rapporter aux descriptions que nous en a données FOURNIER, et de suivre complètement sa classification.

Deux grandes divisions s'imposent : l'érosion est partielle ou totale (cette forme étant extrêmement rare). Partielle, elle peut affecter le corps même de la dent : c'est l'érosion coronaire ; ou seulement l'extrémité libre : c'est l'érosion cuspidienne. C'est là toute la base de la classification.

I° ÉROSIONS CORONAIRES

a) *Érosion en cupule*. — Très fréquente ; c'est une sorte de petit godet creusé dans la surface de la dent

(semble fait avec une vrille). De plus, elle est rarement unique et rangée sur une ligne horizontale ; elle se montre presque toujours sur les incisives médianes supérieures.

b) *Érosion en facette*, qui est une sorte de coup de lime usant la convexité de l'émail.

c) *Érosion du sillon ou atrophie sulciforme de PARROT*. — C'est une exagération de la forme précédente ; elle est aussi plus fréquente. L'aspect est d'une rigole linéaire creusée dans la couronne de la dent et suivant un trajet horizontal, limitée comme toute érosion par un bourrelet d'émail. Tantôt la couche d'émail qui tapisse le fond du sillon est irrégulière, anfractueuse et prend une coloration grisâtre comme celle des cupules, tantôt elle est lisse, unie comme l'émail normal de la partie environnante, et le sillon, surtout s'il est peu large, semble être une simple dépression de l'émail. Le type est très fréquent. Ce sillon peut être unique ; parfois il peut y en avoir deux ou trois superposés, et l'on a alors les différentes variétés de dents en gradins, en escalier (NICATI).

d) *Érosion en nappe ou dent en « gâteau de miel » de HOMES*. — C'est l'exagération de l'érosion en hauteur du sillon ; souvent l'émail a complètement disparu, laissant voir une dentine de coloration brune ou noirâtre.

2° ÉROSIONS CUSPIDIENNES

C'est une véritable atrophie du sommet de la dent, amoindrie, atrophiée, rongée. Elle présente du reste

un aspect particulier suivant qu'elle siège sur les incisives, les canines, les molaires.

a) *Incisives.*

FOURNIER en distingue quatre variétés :

1° Les « fleurs de lys » sont remplacées par une dentelure extrêmement marquée formant la dent de scie, la dent à spirules, encore appelée dent élimée ;

2° Incisive aplatie d'avant en arrière et donnant la dent laminée ;

3° L'atrophie générale du sommet qui est étranglé par un sillon circulaire d'où émerge un petit tronçon irrégulier et qui donne la « dent en clou de girofle » ;

4° L'échancrure semi-lunaire ou dent d'Hutchinson, sur les incisives médianes supérieures de seconde dentition, qui doit présenter les caractères suivants : 1° bord libre occupé par une échancrure semi-lunaire à convexité tournée vers le collet de la dent ; 2° la dent est élargie au sommet et rétrécie au niveau du bord libre (dent en tournevis) ; 3° direction oblique convergente. CHOMPRET décrit la dent d'Hutchinson de la façon suivante : un ovoïde dont le pôle inférieur est échancré par un coup d'angle.

b) *Canines.*

Présente une véritable atrophie de l'extrémité libre et semble une petite dent enchâssée dans une grosse.

c) *Molaires.*

C'est toujours la première grosse molaire qui est atteinte. Il y a destruction du sommet de la dent dans

ses trois quarts inférieurs, et le segment supérieur est à moitié atrophié, détruit et séparé du segment inférieur par une rigole circulaire ; c'est une dent plus petite sortant d'une dent plus grande, ou bien un moignon d'ivoire sortant d'une couronne normale.

Si l'on examine avec soin la face triturante, elle présente deux types différents. Dans le premier type, les cuspides sont normaux comme nombre, comme siège, mais ils paraissent plus longs, plus aigus, plus effilés que ceux d'une dent normale.

Dans une deuxième variété, l'atrophie cuspidienne de Parrot, les cuspides existent, mais ils sont petits, à peine saillants, ou bien la face triturante est totalement bouleversée et hérissée de petites éminences grenues jaunâtres ou brunâtres, friables et disposées d'une façon tout à fait irrégulière ; ces aspérités ne tardent pas à se briser sous les efforts de la mastication, et l'on a alors la dent courte en plateau, décrite par FOURNIER, et qui d'après lui « a une signification diagnostique de haute valeur ».

CHAPITRE III

DES CAUSES DES DYSTROPHIES

Nous venons de décrire quelles étaient les lésions dentaires ; à présent il nous faut rechercher pour quel motif celles-ci sont apparues. Il faut trouver quelles sont les différentes infections, ou les troubles de nutrition susceptibles d'avoir influencé les différentes cellules germinatives de la dent.

Nous nous attacherons plus particulièrement à l'étude des rapports qui peuvent exister entre ces malformations dentaires et l'hérédo-syphilis. Nous énumérerons les signes d'hérédo-syphilis propres à d'autres organes et existant concomitamment à la lésion dentaire. Les malformations de l'organisme ne sont souvent que la répercussion de malformations existant chez le générateur ; suivant le mot d'un de nos maîtres, « le père ou la mère impose sa marque de fabrique à l'enfant ». Depuis la plus haute antiquité, les auteurs se sont attachés à maintes reprises, à vouloir étudier certaines déformations apparues chez les enfants, constatées chez les parents ; mais très souvent les déformations qui existent chez les enfants ne se retrouvent

pas chez les parents. Et spécialement, depuis une vingtaine d'années, on s'est appliqué à chercher si ces lésions constatées dans l'enfance n'étaient pas dépendantes d'un accident au moment de la fécondation, ou pendant la formation de l'embryon, durant la vie intra-utérine. Aussi, on a recherché particulièrement dans quelles conditions des affections très différentes étaient susceptibles de faire apparaître ces malformations. Ici alors, s'ouvrent les longues discussions. Elles commencent à propos des infections qui apparaissent chez les descendants d'infectés. Certains auteurs sont même dans ce cas hostiles au mot hérédité. ORTTE pense que les maladies infectieuses dites héréditaires, ne sont à proprement parler que congénitales, acquises par l'embryon à une époque plus ou moins rapprochée de la conception.

Et parmi les infections qui ont été le mieux étudiées dans leur transmission à l'enfant, se trouve la syphilis. C'est FOURNIER qui, le premier, fit réellement une étude admirable de l'hérédo-syphilis. L'éminent syphiligraphe n'a pas seulement classé et clairement exposé les opinions de ses prédécesseurs, il a apporté à la science l'énorme tribut de ses observations personnelles, recueillies « sans esprit préconçu, sans attache à aucune doctrine, à aucun système », et qu'on doit considérer avec lui « comme l'expression de la vérité prise en nature ».

FOURNIER est de ceux qui pensent que, dans la langue médicale, le mot hérédité doit comporter une signification plus restreinte que dans le langage courant. A ses yeux, l'hérédité n'est pas tout ce qui passe des ascendants aux descendants, mais seulement ce qui est

transmis lors de la fécondation : c'est l'apport fait au germe, au futur embryon, des qualités propres aux deux cellules génératrices. Il n'est donc pour le germe, pour l'ovule fécondé, pour l'être créé d'autres dispositions héréditaires que celles qui préexistent chez les ascendants à l'acte de la fécondation ; inversement, une maladie transmise à l'enfant au delà du moment de la fécondation, ne sera pas considérée comme héréditaire. Par exemple, lorsqu'un homme goutteux de vieille date engendre un enfant qui sera goutteux, nous disons que la goutte transmise à cet enfant sera d'ordre héréditaire ; mais, si une femme enceinte de trois mois, contracte la variole et la transmet à son enfant, ce ne sera pas une variole héréditaire, mais un cas de contagion intra-utérine. Appliquons ceci à la syphilis : on doit définir la syphilis héréditaire celle qui dérive pour le fœtus d'une syphilis des ascendants antérieure à la procréation ; inversement, la syphilis qui peut être transmise postérieurement à la procréation par contamination intra-utérine, ne saurait être considérée comme d'ordre héréditaire. Cette distinction n'est pas seulement affaire de mots : *a priori*, le bon sens préjuge que très différentes, à divers titres, doivent être deux maladies dont l'une naît avec le germe, fait pour ainsi dire partie du germe qu'elle infecte dès le premier instant de sa formation, et dont l'autre se borne à sévir sur un fœtus déjà plus ou moins formé, déjà plus ou moins avancé dans son développement.

A posteriori, l'observation confirme cette induction, en montrant que la véritable syphilis héréditaire est infiniment plus grave pour le fœtus que la syphilis

dont il peut être infecté à diverses périodes de sa vie intra-utérine.

Mais comment se traduit l'influence héréditaire? Quelles sont les limites de son domaine? Faut-il la restreindre à la production d'accidents nettement syphilitiques, ou lui reconnaître des manifestations essentiellement multiples et variées, infiniment plus multiples et plus variées qu'on ne le croit généralement, et que ne l'admet surtout l'école anatomo-pathologique?

PARROT peut être cité comme le plus hardi dans l'affirmation de la nature syphilitique de bon nombre d'accidents, et de lésions mal classés en nosologie, et observés chez les enfants issus de parents syphilitiques, ou dont les parents inconnus pouvaient être présumés syphilitiques. Plusieurs opinions de cet auteur ont été reconnues depuis erronées. Son erreur était favorisée par le terrain clinique sur lequel il opérait à l'hospice des enfants assistés.

FOURNIER n'a pas accepté la confusion commise par PARROT; il est persuadé cependant que la syphilis des parents, outre les lésions spécifiques directes qu'elle engendre, manifeste son influence indirectement en créant des lésions banales, et des prédispositions morbides. D'après lui, les manifestations de l'hérédité syphilitique peuvent être réparties en cinq catégories :

- 1° Accidents de la syphilis proprement dits;
- 2° Cachexie fœtale aboutissant d'une façon quelconque à l'incapacité à la vie;
- 3° Troubles dystrophiques généraux ou partiels;
- 4° Malformations congénitales;
- 5° Prédispositions morbides.

Les auteurs en grande majorité sont d'accord pour donner pleinement raison à FOURNIER, et dire que les dystrophies rencontrées dans l'hérédo-syphilis, et particulièrement les dystrophies dentaires, relèvent de l'affection syphilitique des générateurs.

BAX s'est occupé ces dernières années de rechercher tout particulièrement si la syphilis pouvait être seule incriminée, et si des infections autres ou des intoxications des générateurs étaient susceptibles, elles aussi, de produire des dystrophies au même titre que la syphilis. Du reste, la thèse de BAX est à ce propos intéressante, du fait qu'elle résume bien les opinions des auteurs les plus connus à ce sujet; il y a ajouté ses idées personnelles basées sur un nombre considérable d'observations, et nous allons voir quel est le profit que nous pouvons recueillir de ce travail.

LANDOUZY s'est attaché à vouloir que bien des dystrophies aient pour cause la tuberculose des parents. Il en a rapporté nombre d'observations, dont quelques-unes sont concluantes.

BONFILS et PASQUALI ont incriminé le paludisme, et ZAMBACCO PACHA a retrouvé des dystrophies dentaires chez des enfants de lépreux.

CONSTANTIN-PAUL et RENAULT parlent du saturnisme, et LANCERAUX de l'alcoolisme.

GALIPPE cite des malformations dentaires purement familiales, sans qu'on puisse incriminer une hérédotoxi-infection quelconque, et il ajoute que ces anomalies dentaires revêtent un caractère d'aggravation à mesure que l'on avance plus loin dans la descendance.

Quant à M^{me} SOLLIER, elle a rencontré chez les idiots

des malformations dentaires, en grande quantité et exclut la syphilis. Nous verrons plus loin, en discutant nos observations personnelles, ce que nous pensons d'une telle conclusion. Citons, pour terminer, MAGITOT, qui « élimine tout d'abord dans l'étiologie de l'érosion le rôle des diathèses et de l'hérédo-syphilis en particulier. Il n'est pas, en effet, difficile de prouver que de telles influences, dont les caractères particuliers sont la lenteur et la persistance extrême de leur action, ne sont nullement susceptibles de produire une lésion d'un caractère si net et si tranché.....

« La syphilis a pour effet, ainsi que nous l'avons dit, de produire soit des retards dans l'évolution ou des atrophies de certains follicules, soit des perturbations fonctionnelles permanentes et uniformes dans l'organisation des tissus dentaires, de sorte que les dents apparaissent tantôt petites, atrophées, tantôt vicieusement constituées, fragiles, composées de parties dépourvues d'homogénéité et d'équilibre dans les proportions anatomiques et chimiques, mais sans offrir ces dépressions, ces sillons, ces échancrures que nous avons décrits. Ce sont des troubles de structure dont la physionomie est l'uniformité. L'érosion a au contraire un caractère brusque » et, pour lui, la cause de cette lésion est l'éclampsie. BROCA et TOMES attribuent l'érosion à des circonstances très diverses de l'enfance, à des maladies plus ou moins longues, fébriles, graves, et se refusent à croire qu'une attaque d'éclampsie passagère puisse produire un sillon indélébile.

Il est évident que, si des enfants naissaient avec uniquement des dystrophies dentaires, sans présenter

jamais aucune lésion adjacente en quelque autre point de l'organisme, nous pourrions être excessivement perplexes. Si, par exemple, un enfant présente une atrophie cuspidienne de la première molaire, et qu'il ne présente rien d'autre dans son organisme, on pourra évidemment hésiter à poser le diagnostic d'hérédo-syphilis et, dans un tel cas, on pourrait incriminer n'importe quelle infection des parents. Mais si, vers la sixième année, cet enfant fait une kératite parenchymateuse, on pourra dire alors que cette dystrophie dentaire relève de l'infection syphilitique. Aussi trouvons-nous que, pour affirmer que telle lésion dentaire est d'origine syphilitique, il faudra l'avoir rencontrée un grand nombre de fois, pour ne pas dire toujours, chez des enfants ayant des stigmates indéniables d'hérédo-syphilis, et, si nous arrivons à démontrer que dans la majorité des cas nous avons trouvé des signes de syphilis à côté de ces lésions dentaires, nous serons en droit de songer à la syphilis. Donc il faut que nous rappelions rapidement quels sont les différents signes certains héréditaires que nous rechercherons concurremment à la lésion dentaire, et comme FOURNIER est de tous nos auteurs celui qui a le mieux étudié et mis en valeur les stigmates de l'hérédo-syphilis, c'est à lui que nous ferons de larges emprunts; nous noterons les antécédents héréditaires qui sont d'un concours précieux.

1° INDICATION DONNÉE PAR LES PARENTS

Le père et la mère reconnaissent la syphilis. Un point capital s'impose alors, c'est de savoir si le ou les

syphilitiques ont suivi un traitement, et un traitement sérieux; d'autre part, si la mère a subi l'impression mercurielle ou arsenicale pendant sa grossesse. Il est évident que, si c'est le tréponème qui produit ces dystrophies en agissant sur les cellules germinatives de la dent, un traitement annihilant la vie du tréponème et son action peut avoir une heureuse influence. Il ne faudrait pas cependant inférer de ce que nous venons de dire, que des parents ayant subi un traitement anti-syphilitique sérieux, aient des enfants bien portants et indemnes de toute dystrophie. En effet, rien ne nous dit que le tréponème ou ses toxines peuvent déjà avoir, chez l'un ou l'autre générateur, lésé l'ovule ou le spermatozoïde et, ici, le tréponème n'est pas transmis à l'enfant; ce dernier peut être le produit de deux cellules initiales déjà altérées.

Ce sont là des questions tellement mal connues, tellement complexes, que nous sommes obligée de présenter ces hypothèses d'une façon un peu simpliste, et elles sont cependant très près de la vérité. Nous devons tenir compte, si le père et la mère nient la syphilis, des renseignements que nous leur pouvons « arracher ».

La pluri-mortalité infantile est un signe à peu près certain de syphilis chez le père ou la mère. Une série de grossesses répétées et non menées à terme suffit à porter le diagnostic de syphilis quand, bien entendu, on ne trouve ni tuberculose, ni paludisme, ni saturnisme, ni alcoolisme, et, si avant l'enfant qui nous est présenté la femme avoue la naissance d'un enfant macéré, nous porterons le diagnostic de syphilis.

Il est certain aussi que la réaction de Wassermann

pratiquée chez les parents, peut être d'un concours précieux; mais disons de suite combien il faut être circonspect vis-à-vis de cette réaction, et combien son interprétation est délicate, contrairement à ce que l'on croit communément.

2° SIGNES TIRÉS DE L'EXAMEN DE L'ENFANT

Bien entendu, nous laissons de côté les grands signes évidents de la syphilis cutanée et organique chez le nouveau-né et l'enfant qui se dépistent d'eux-mêmes. Citons pour mémoire le pemphigus, les ulcérations qui rétrocèdent au traitement, et la série des affections viscérales, telle la syphilis héréditaire du foie.

a) *Habitus extérieur.*

L'infantilisme chez le nouveau-né donne un enfant chétif, ratatiné, à l'aspect simien, comme le disait avec justesse Alfred FOURNIER, qui leur donnait le nom de « petit vieux syphilitique ».

Chez l'adulte, l'infantilisme se traduit par une série d'arrêts de développement tantôt général, tantôt partiel.

b) *Stigmates tirés de l'examen du système tégumentaire.*

Toute la série des cicatrices siégeant à la hauteur des lèvres, du nez et des fesses. Enfin, il est important de savoir s'il siège, au niveau du palais et de la gorge, des lésions cicatricielles qui font faire le diagnostic.

c) *Stigmates tirés de l'examen du squelette.*

α) *Localisations crâniennes.*

Ces localisations donnent le front olympien, le front à bosselures latérales, le front en carène (très rare) et le crâne natiforme à bosselures occipitales que l'on rencontre seulement dans l'hérédo-syphilis, l'asymétrie crânienne, l'hydrocéphalie, la circulation crânienne supplémentaire chez le poupon.

β) *Localisations nasales.*

Parmi lesquelles nous citerons les malformations natives qui sont extrêmement rares (nez camard) et les malformations acquises (nez en lorgnette, coryza chronique).

γ) *Localisations tibiales.*

Tuméfaction, inégalité et nodosité de surface. Incurvation pseudo-rachitique. Tibia en lame de sabre, rachitisme précoce. Lésions articulaires telles que hydarthroses chroniques et arthropathies déformantes.

δ) *Signes tirés de l'examen des testicules.*

Atrophie sclérotique et défaut de développement.

ε) *Stigmates de la triade d'Hutchinson.*

On a donné le nom de triade d'Hutchinson à un ensemble de signes qui ont été décrits pour la première fois par HUTCHINSON en 1859. Il a été réalisé ainsi un véritable trépied dénonciateur de la syphilis héréditaire.

C'est un ensemble de signes qui présentent une

importance capitale et, pour cette raison, sont souvent les seuls qui permettent de diagnostiquer l'hérédosyphilis.

La triade d'Hutchinson comprend des lésions oculaires, auriculaires et dentaires.

1° Les stigmates des lésions oculaires sont :

a) *Des lésions cornéennes.* — Il s'agit là de syphilômes partiellement en activité, constituant des néphélions, albugos et leucomes qui ne sont autres que les reliquats et les témoignages de la kératite interstitielle.

D'après VELTER, la kératite triangulaire, dont la base est constituée par le cadran inférieur du bord cornéen, et le sommet au centre de la cornée, est toujours hérédosyphilitique.

b) *Des lésions iriennes :* Iritis aiguë, chronique, à forme gommeuse et séreuse, amenant des synéchies, qui donnent des déformations permanentes de la pupille.

c) *Lésions du fond de l'œil.* — Parmi elles, il en est de banales, d'origine syphilitique, mais pas nécessairement hérédosyphilitique (choroïdites, rétinites); d'autres, que l'on rencontre spécialement dans la syphilis héréditaire et qui, n'amenant que peu de troubles fonctionnels, peuvent passer inaperçues : ce sont les « stigmates rudimentaires » du Dr Antonelli.

Ces lésions portent sur la papille, les vaisseaux, la zone péripapillaire et sur toute l'étendue du fond de l'œil.

Enfin quelques malformations : colobome de la pupille, des membranes du fond de l'œil, ectopie pupillaire, polycorie.

2° Parmi les lésions auriculaires, nous citerons : la surdité foudroyante qui peut être indolore, absolue, définitive et sans raison ; les écoulements chroniques compliqués de perforation du tympan. Les surdités sont fréquentes chez les hérédosyphilitiques, d'après FOURNIER.

Notons aussi les déformations variées du pavillon de l'oreille qui, d'ailleurs, ne désignent pas formellement l'hérédosyphilis. C'est un stigmate de dégénérescence, quelle qu'en soit l'origine.

3° Quant aux lésions dentaires, nous les avons décrites plus haut.

CHAPITRE IV

LES RÉACTIONS HUMORALES APPLIQUÉES A LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

I. — La réaction de Wassermann.

L'étude des réactions humorales provoquées dans l'organisme par l'introduction ou la formation de substances étrangères, a déjà trouvé dans ces dernières années de nombreuses applications pratiques. Cependant la réaction de Wassermann est d'ordre assez récent pour que nous puissions ici en donner un aperçu rapide afin de bien fixer les idées, et surtout indiquer le procédé de réaction que nous avons employé.

La séro-réaction de la syphilis est une réaction biologique de même ordre que la séro-réaction de Widal, permettant de dépister l'infection spécifique par l'examen du sérum sanguin. Cette réaction fut découverte par A. WASSERMANN et ses collaborateurs A. NEISSER et BRÜCK en 1906. Cette réaction est basée uniquement sur la méthode de déviation du complément qu'avait clairement énoncée BORDET et GENGOULT dans le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* en 1906.

Voici, du reste, exprimée l'équation type de la séro-réaction de Wassermann, et donnons l'explication des termes employés dans cette équation.

Le principe de la réaction consiste à rechercher au sein des humeurs et des organes des syphilitiques, d'une part, les antigènes, produits microbiens dérivés du tréponème pâle, et, d'autre part, les anticorps que l'organisme a sécrétés sous l'influence du virus spécifique.

On sait que la dissolution *in vitro* de globules rouges pour un sérum hémolytique exige le concours de deux substances. L'une d'elles, le *complément* d'Ehrlich (alexine de Bordet, cytase de Metchnikoff), est un principe thermolabile se détruisant après chauffage à 55° et existant dans tout sérum normal. Ce principe est incapable d'engendrer l'hémolyse s'il est employé seul; il détermine au contraire la dissolution des hématies dès qu'il est mis en présence d'une autre substance, l'ambocepteur (sensibilisatrice de Bordet, fixateur de Metchnikoff). Celui-ci résiste au chauffage à 55° et jouit d'une spécificité absolue; ainsi il n'agit que sur l'espèce d'hématies qui a servi à la préparation des animaux dont le sérum contient cet ambocepteur, et se fixe uniquement sur le stroma de ces hématies.

Ni le complément, ni l'ambocepteur, consolidés isolément, ne s'attaquent aux globules rouges; l'hémolyse n'est engendrée que si ces deux composants du sérum hémolytique se trouvent en présence. Il en résulte que, si par un moyen quelconque on réussit à observer et à mettre hors d'action le complément dans un

système hémolytique donné (complément + ambocepteur + hématies), on empêche la dissolution des érythrocytes.

Or, BORDET et GENGOULT ont remarqué que, toutes les fois que l'on met en contact un sérum riche en anticorps microbiens (sérum antityphique ou anticholérique, par exemple) avec les microbes qui ont servi à la préparation des anticorps (on appellera antigènes ces microbes ou toutes substances capables de produire un anticorps), deux phénomènes se produisent : d'abord l'anticorps se fixe sur le corps bactérien et cela de la façon la plus rigoureuse ; ensuite, et par le fait même de cette fixation, l'autre corps acquiert une avidité intense vis-à-vis du *complément hémolytique*.

Prenons par exemple un sérum de cobaye riche en ce complément hémolysant, et mélangeons-le avec des vibrons cholériques chargés d'anticorps anticholériques ; nous constaterons qu'après l'éloignement des particules microbiennes (par centrifugation), le sérum de cobaye a perdu la propriété d'engendrer l'hémolyse lorsqu'il est mis en présence d'un ambocepteur hémolytique donné, et des hématies qui conviennent à cet ambocepteur. Voici du reste le schéma de la réaction.

I. Complément + ambocepteur + hématies = hémolyse.

II. Ambocepteur + hématies = absence d'hémolyse.

III. Anticorps + antigènes (microbes) + complément = fixation du complément.

IV. (Anticorps + antigènes + complément) + (ambocepteur + hématies) = absence d'hémolyse ⁽¹⁾.

(1) Nous avons largement puisé à ce sujet, dans les travaux de LAVADITI et ROCHÉ.

Et voici le procédé employé pour réaliser pratiquement la réaction de Wassermann. Nous citerons simplement les éléments de la réaction sans entrer dans les détails de technique :

1° L'*antigène* est réalisé par le broyage de foie d'héredo-syphilitique riche en tréponèmes ; nous n'entrerons pas dans les détails de préparation et de dosage de cet antigène ;

2° *Sérum du malade* obtenu par ponction veineuse et recueilli bien aseptiquement, centrifugé immédiatement afin d'éviter les auto-hémolyses et avoir un sérum non coloré et à peine jaunâtre, nous attacherons personnellement une grande importance à ce fait. On met ce sérum dans des tubes stériles et scellés à la lampe, il est ensuite chauffé à 55° pour en détruire le complément normal ;

3° *Complément*, se prépare en recueillant le sérum du sang de plusieurs cobayes ; il faut l'employer au moment de sa préparation, car il perd très vite sa valeur ;

4° L'*ambocepteur* obtenu en injectant des globules rouges de lapin à un mouton afin de sensibiliser ce mouton aux globules rouges de lapin. Le sérum de ce sang est chauffé à 55° pour en détruire le complément personnel ;

5° Des *hématies* de mouton bien lavées.

Si bien qu'on peut obtenir le système suivant, en

remplaçant les termes généraux par les noms des produits employés :

I. *Le sérum à étudier appartient à un malade syphilitique :*

1° Extrait alcoolique de foie d'hérédo-syphilitique (antigène) :

+ Sérum du malade (anticorps).

+ Sérum chauffé de cobaye (complément).

L'anticorps et l'antigène s'unissent entre eux en se servant du complément comme mordant.

2° On ajoute alors, après séjour à l'étuve à 37° :

Sérum de lapin anti-mouton (ambocepteur anticorps).

+ Hématies lavées de mouton (antigène).

Comme le complément a été absorbé dans la première opération, il n'existe plus pour permettre l'hémolyse dans le groupe hémolytique, et les hématies non hémolysées se précipitent au fond du tube, dont le liquide devient clair.

La réaction est positive quand les globules ne sont pas hémolysés et précipités.

II. *Supposons un sérum de malade non syphilitique :*

1° Extrait alcoolique de foie d'hérédo-syphilitique :

+ Sérum du malade.

+ Complément.

Ici, comme il n'y a pas d'anticorps, le complément reste libre.

2° On ajoute alors :

Sérum de lapin anti-mouton.
+ Hématies de mouton.

Comme le complément, dans la première opération, est resté libre, il servira à la seconde : il y aura hémolyse des globules rouges du mouton. Dans le tube, *il y aura coloration* rose, et pas de précipitation des hématies.

La réaction est négative.

Voici la méthode type de WASSERMANN; d'autres procédés de réaction ont été employés, basés eux aussi sur les réactions humorales de l'organisme : méthode de PORGÈS, à la lécithine ; méthode de FORNET et SCHERCHESKY, où l'on remplace la fixation du complément par la précipitation directe ; le précipito-diagnostic de VINCENT. Mais ce sont là des méthodes peu employées et tombées dans l'oubli ; plus sérieuses sont les méthodes suivantes :

MÉTHODE DE TSCHERNOGUBOW

Cet auteur emploie le sérum qu'il veut analyser à l'état frais, et utilise aussi son complément. De plus, comme le sérum humain possède un léger pouvoir hémolytique contre les globules rouges du mouton, il emploie un sérum hémolytique de lapin antihumain, comme NOGUCHI.

MÉTHODE DE BAUER

Extrait alcoolique de foie d'hérédosyphilitique au lieu de l'extrait de foie comme le faisait WASSERMANN,

dans du sérum physiologique. Cette méthode, employée à peu près partout, a donné d'excellents résultats; elle a l'avantage de posséder un antigène qui se conserve bien. C'est cette méthode que nous avons employée.

MÉTHODE DE NOGUCHI

HIDEGO NOGUCHI n'a fait qu'un léger changement; au lieu d'un système hémolytique anti-mouton, il emploie un système hémolytique antihumain.

Enfin citons toute une série de méthodes où l'on a employé comme antigène l'extrait de cœur de cobaye ou de la cholestérine (DESMOULIÈRES), ou encore en mélangeant, suivant les conseils de DESMOULIÈRES, l'extrait alcoolique de foie d'hérédosyphilitique et la cholestérine; on obtient ainsi un antigène très sensible.

Nous n'avons pris aucune de ces méthodes, tenant à prendre le Wassermann type BAUER, le seul qui satisfasse l'esprit par la rigueur de sa méthode.

Nous avons suivi toutes les indications de nombreux auteurs au sujet de la réaction de Wassermann afin d'y apporter tout le perfectionnement possible dans sa technique, et être à peu près certaine de ne pas faire d'erreur; du reste, à plusieurs reprises nos réactions furent faites par d'autres laboratoires: elles furent toujours concordantes.

ÉCHELLE COLORIMÉTRIQUE DE VERNES

Nous pouvons dire que la réaction de Wassermann est une réaction de coloration. En effet, dans les tubes où nous avons recherché l'hémolyse ou la non-hémo-

lyse, il n'y a pas deux états nettement tranchés; il existe toute une série de colorations plus ou moins nettes, il peut y avoir tous les passages et, comme le dit si justement VERNES, « si les conditions de l'expérience sont rigoureusement réglées pour que seule puisse y varier la fonction sensible des liquides syphilitiques examinés, la quantité de globules intacts ou dissous mesure la quantité de sensibilisatrice contenue dans le mélange ». Donc, pour bien interpréter le Wassermann, il faut faire un dosage soigné de l'antigène et opérer toujours avec le même antigène; c'est ce que nous avons réalisé en employant le même antigène et recherchant toujours avant chaque série de Wassermann la valeur de notre antigène.

Pour apprécier les colorations, on se sert de l'échelle colorimétrique de Vernes. Cette échelle comprend neuf tubes contenant un liquide coloré stable fait de fuchsine acide de Gübler et d'acide picrique mélangés en proportions convenables.

Le tube 0 est le moins coloré, il a l'aspect du sérum normal; le tube 8 est rouge, il correspond à la teinte d'hémolyse totale; il y a donc sept tubes de teintes intermédiaires. La teinte 0 correspond à la non-hémolyse : c'est la réaction positive = H 0; la teinte 8 correspond à l'hémolyse : c'est la réaction négative = H 8.

Nous avons indiqué comment nous réalisions la réaction de Wassermann; cela était absolument nécessaire, car il nous fallait un type de réaction bien défini, toujours semblable à lui-même, de façon à ce que les réactions soient comparables. Elle ne peut

avoir de valeur que si tous ses termes sont toujours les mêmes et si, à tout instant, une réaction est toujours comparable à une autre.

La réaction de Wassermann a toujours été couramment employée dans la syphilis acquise; plusieurs volumes de bibliographie ne suffiraient pas à indiquer tous les auteurs qui ont publié à son sujet. Elle a donné quelques résultats intéressants. Cependant, faisons remarquer combien est difficile sa réalisation, à quelles difficultés on se heurte et combien son interprétation est délicate. La moindre erreur technique fausse la réaction et donne des résultats déconcertants. De plus, elle n'est point rigoureusement spécifique; elle est positive dans la lèpre, la scarlatine (40 %), et les spirilloses (ceci s'explique fort bien) peuvent donner des réactions positives très souvent (fièvre récurrente, frambœsia); certains produits introduits dans l'organisme seront susceptibles de la modifier. *In vitro*, du sublimé, même au dixième de milligramme, arrête la réaction. Une nourriture riche en lécithine est susceptible de la modifier (Boas). Les affections hépatiques, elles aussi, ont une certaine influence sur la réaction.

NICOLAS, de Lyon, reprenait il y a dix-huit mois la question de la réaction de Wassermann et de sa valeur clinique, et il la battait sérieusement en brèche. Nous voyons quelle méfiance nous devons avoir vis-à-vis de cette réaction, et avec quelle prudence nous devons en tenir compte pour faire un diagnostic. Du reste — nous ne ferons que refléter l'opinion d'un de nos maîtres — elle n'a qu'une « valeur d'association », c'est-à-dire que, envisagée seule, elle ne permettra jamais

d'affirmer ou de nier l'existence d'une syphilis; elle ne retrouvera sa valeur que si, à côté d'elle, on trouve des signes cliniques dont l'origine syphilitique soit soupçonnée, et alors elle ajoute un soupçon de plus et c'est tout.

Après ce que nous venons de dire de la réaction de Wassermann dans la syphilis acquise, qu'en dire dans la syphilis héréditaire? Cela est bien délicat. La réaction de Wassermann est basée sur l'existence dans le sang du sujet soupçonné d'un anticorps spécifique. Cet anticorps spécifique peut-il être retrouvé dans la syphilis héréditaire?

On peut répondre nettement oui, s'il s'agit d'une syphilis infectieuse, s'il s'agit de tréponémiasse transmise par voie sanguine de la mère à l'enfant; ici point de difficulté; mais, s'il s'agit de syphilis dystrophique, sans transmission de microbe à l'enfant, que dire?

Deux cas se présentent alors :

1° L'enfant est né d'une mère syphilitique bien soignée, ayant suivi un traitement sérieux avant la fécondation et la naissance de l'enfant : il n'y a pas de septicémie à tréponème, celui-ci ne se montre pas dans le sang, l'enfant n'est pas infecté par l'agent spécifique de la maladie : il n'y a que les anticorps en circulation dans le sang maternel qui peuvent se trouver dans le sang de l'enfant, mais ils y circulent et expliquent une réaction positive;

2° Le père est un syphilitique ancien se mariant après un long traitement; la mère n'est pas contaminée, et l'enfant qui naît présente des stigmates dystrophiques et pas de syphilis infectieuse. Que doit être la

réaction de Wassermann? — Empressons-nous de dire que nous faisons là du reste des hypothèses mal vérifiées encore — elle doit être négative, car comment y aurait-il des anticorps dans le sang de l'enfant? Et on ne pourrait expliquer les lésions dystrophiques que par un trouble de genèse de la cellule paternelle influencée par le tréponème et ses toxines. Mais tenons-nous-en là, abandonnant ces questions dénuées de toute base solide, et voyons un peu ce que disent les différents auteurs qui ont étudié la réaction de Wassermann dans l'hérédo-syphilis.

KNOPFELMACHER et LEHNDORFFER, ayant examiné trente-deux sérums appartenant à des mères d'apparence saine qui avaient donné naissance à des enfants syphilitiques, ont trouvé dix fois la réaction positive.

BAR et DAUNAY, qui ont pratiqué la réaction de Wassermann dans un grand nombre de cas, sont arrivés aux conclusions suivantes : c'est que la séro-réaction de Wassermann rendait des services énormes dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis, et que, souvent même, cette réaction était plus nettement positive dans le cas où la syphilis n'était pas floride chez la mère.

MELZER et MICHAELIS rapportent qu'ils eurent 95 % de cas positifs dans la syphilis congénitale récente.

Sur 44 enfants avec syphilis héréditaire latente examinés, 59 % eurent des résultats positifs ; la cure instituée ne fit disparaître la réaction que deux fois sur six.

LEROUX et LABBÉ, qui ont étudié dernièrement la question, écrivaient ceci :

« La réaction positive est une grosse certitude de

syphilis, la réaction négative ne permet pas de rejeter le diagnostic de syphilis. Ce procédé, pour conserver toute sa valeur, doit être complété par la recherche systématique de la syphilis familiale par le même procédé.

« Dans la syphilis héréditaire précoce, le séro-diagnostic fournit 66,6 % de résultats positifs; ces résultats varient suivant la nature des manifestations.

Lésions certaines des muqueuses.	14 sur 14
Splénomégalies et hépatomégalies	18 sur 20
Rachitisme précoce, cranio-tabès	21 sur 31

« Dans la syphilis héréditaire tardive, 85 %. Dans la syphilis latente, soignée le plus souvent, 11 % seulement.

« La syphilis maternelle, en activité, à réaction positive, donne le plus souvent à l'enfant une syphilis active avec manifestation virulente.

« La syphilis paternelle ne donnerait que des manifestations dystrophiques à réactions négatives ou des enfants sains. »

Que conclure de tout ceci? Rien ou presque rien, si ce n'est notre ignorance de la question. Il nous faudrait encore de longues recherches afin d'apporter une conclusion sur la valeur de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire et surtout dans la syphilis dystrophique.

II. — La luétine-réaction.

C'est la cuti-réaction de la syphilis analogue à la cuti-réaction de von Pirquet dans la tuberculose. Comme c'est une réaction récente et peu connue (1911) et qui

a été réalisée par nous pour la première fois à Nancy, nous la décrirons en détail, car nous avons l'intention de reprendre plus tard cette question passionnante ; de plus, nous croyons donner ainsi des indications utiles à ceux que la question pourrait intéresser.

Les phénomènes d'immunité active ou passive, les divers états d'allergie et les nombreuses réactions humorales qui existent au cours de toutes les maladies infectieuses ont permis, en ces dernières années, d'apporter dans leur étude clinique de nouveaux éléments.

En effet, la luétine-réaction est basée sur les phénomènes généraux de l'anaphylaxie⁽¹⁾ et, plus particulièrement, sur les phénomènes d'anaphylaxie locale aux microbes et à leurs toxines.

Ce sont les résultats obtenus par VON PIRQUET dans la tuberculose qui conduisirent les auteurs à chercher une méthode analogue pour le diagnostic de la syphilis.

JADASSOHN (1906), MEIROWSKI (1909), avaient essayé d'employer les extraits aqueux. Les premiers essais furent favorables ; mais NOBL (1909) et GIUFFO (1912), ayant employé des extraits aqueux alcooliques ou glycéринés, n'obtinrent que des résultats incertains. NICOLAS, FAVRE et GAUTHIER, en 1910, avec une « syphiline » (Foie riche en tréponème) obtinrent chez douze syphilitiques sept résultats positifs, en faisant l'intra-dermo-réaction, et non la sous-cuti-réaction.

(1) Le mot anaphylaxie, créé par Richet, signifie contre-protection ; c'est un état de prédisposition d'un organisme vis-à-vis des effets toxiques d'une substance donnée, état causé par une première absorption souvent minime, insignifiante et non toxique de cette même substance.

BRÜCK, BERTIN, LE BRUYANT, ne confirmèrent pas ces faits; puis FISCHER et KLAUSSNER ont utilisé des extraits aqueux de poumons syphilitiques; LOEPER, DÉSBAIRIS, DURÉUX, des solutions concentrées de glycocholate de soude et des extraits de tous les organes.

C'est HIDEGO NOGUCHI qui, le premier, ayant obtenu des cultures pures de tréponème pâle, a entrepris des études sur l'immunité et l'anaphylaxie. Les extraits de *pallida* furent préparés d'après plusieurs races et appliqués sur la peau d'animaux préalablement sensibilisés, ou de personnes souffrant d'affection syphilitique. C'était là le procédé le plus logique, le plus rationnel, de réaliser une cuti-réaction de la syphilis. NOGUCHI l'appela luétine-réaction, du latin *lues* qui veut dire syphilis.

MÉTHODE DE PRÉPARATION DE LA LUÉTINE

Les tréponèmes sont obtenus soit par raclage d'un chancre, soit en les extrayant des testicules d'un lapin à qui on a inoculé la syphilis. On dépose ces produits sur un placenta ou un rein de lapin frais surmonté d'une colonne de gélose ascite et d'une petite quantité de paraffine liquide, la culture devant être strictement anaérobie. On parvient à préparer ainsi différentes races de tréponèmes au bout d'un certain temps très variable. Quand ces colonies sont obtenues, on enlève le tissu, on recueille la gélose et on la broie dans un mortier avec des billes de verre ou de porcelaine, on secoue plusieurs heures, de façon à moudre complète-

ment les tréponèmes, on doit avoir un produit absolument liquide ; dans ce but, on mélange des cultures solides et des cultures liquides. La préparation est alors portée à 60° au bain-marie pendant trente minutes et on y ajoute 0,50 % de tricrésol.

Cette luétine préparée par NOGUCHI contient toujours des traces de tréponèmes différents, c'est donc un *antigène polyvalent*.

On vérifie la stérilité de la préparation par l'injection au lapin, la conservation se fait à la glacière.

Technique de la réaction à la luétine.

Elle se pratique avec une seringue spéciale de NOGUCHI, une division correspond à peu près à sept dixièmes de centimètre cube ; on injecte pour l'adulte 7 dixièmes de centimètre cube et 5 pour l'enfant, d'une solution à parties égales de sérum artificiel et de luétine. A défaut de seringue spéciale, nous avons employé la seringue de BARTHÉLEMY pour injection d'huile grise, qui, d'après nos calculs, correspond aux indications données. Du reste, avec la seringue ordinaire de 1 centimètre cube divisée en dix parties égales, et en agissant avec précaution, nous pouvons parvenir au même résultat, mais avec beaucoup moins de précision. On enfonce l'aiguille dans le derme en ayant soin de l'y maintenir ; on pousse l'injection ; aussitôt il se forme une petite papule blanchâtre qui persiste un quart d'heure environ. La piqûre, très bien tolérée, ne provoque qu'une légère cuisson.

Réaction provoquée par l'injection.

NOGUCHI distingue trois sortes de réactions positives et établit une distinction nette entre l'état positif et l'état négatif. Ces distinctions ne sont pas toujours aussi faciles que l'affirme NOGUCHI, et nous avons eu souvent quelque difficulté à faire l'interprétation.

Réaction normale ou négative.

Dans tous les cas, il apparaît un léger érythème au bout de vingt-quatre heures; il disparaît en quarante-huit heures.

« Parfois, après vingt-quatre heures, on constate une papule nettement soulevée, indurée, entourée d'une zone érythémateuse plus ou moins intense; cette papule régresse peu à peu, disparaît totalement le cinquième jour et ne laisse qu'une légère pigmentation; il ne s'agit que d'une irritation banale à ne pas confondre avec une irritation passagère. » (NOGUCHI.)

La réaction positive peut se présenter sous trois aspects différents :

- a) Forme papuleuse.
- b) Forme pustuleuse.
- c) Forme torpide.

a) *Forme papuleuse.* — Elle se manifeste par une papule rouge, vingt-quatre à quarante-huit heures après l'injection, papule soulevée, d'une dimension de 7 à 10 millimètres; quelquefois il existe une zone érythémateuse. Cet élément papuleux augmente les trois

premiers jours et devient bleuâtre, et diminue graduellement en sept à dix jours. La papule persiste de deux à trois semaines.

b) *Forme pustuleuse*. — Elle revêt dès le début la forme d'une papule indurée qui se couvre de petites vésicules au bout de quatre à cinq jours; au centre apparaît un début de ramollissement et il se forme une pustule avec un liquide devenant rapidement purulent. La pustule se rompt, il se produit une croûte écailleuse, puis peu à peu tout rentre dans l'ordre. Il reste une cicatrice pigmentaire durant souvent plusieurs mois.

c) *Forme torpide*. — Elle est caractérisée par la lenteur de l'apparition de l'élément typique. Au bout de trois à quatre jours, la trace de la piqure se décolore; on prévoit qu'il n'y aura pas de réaction; puis brusquement, au bout de deux à trois semaines, apparaît un élément presque toujours pustuleux.

Résultats obtenus par la luétine-réaction.

Jusqu'à présent, on n'a jamais constaté d'accidents en employant cette méthode; aussi nous en sommes-nous servie sans la moindre arrière-pensée.

Voici sommairement le résultat obtenu dans la syphilis acquise :

Syphilis secondaire.	47 %
Syphilis tertiaire.	79 %

Disons ensuite que tous les faits viennent à l'appui

des assertions de NOGUCHI ; que la réaction est d'autant plus positive que la syphilis est plus atténuée, plus ancienne, mieux traitée.

Quels sont les résultats obtenus dans l'hérédosyphilis? 70 % donnent les statistiques. Cette cuti-réaction serait donc supérieure au Wassermann. NOGUCHI insiste sur la valeur de cette recherche dans l'étude des dystrophies d'origine douteuse.

Nous avons essayé la luétine-réaction chez de vieux syphilitiques avérés, nous eûmes des résultats concluants, nous fîmes une vingtaine de réactions. Chez les enfants, nous ne la réalisâmes seulement que trois fois. Nous nous réservons cette étude pour l'avenir ⁽¹⁾.

(1) Nous n'avons pu nous procurer de la luétine en France ; nous avons écrit directement à Noguchi, à l'Institut Rockefeller à New-York. Il eut la complaisance de nous en envoyer deux flacons. La guerre vint interrompre nos recherches ; actuellement nous avons encore du produit, mais nous n'avons pas osé l'employer après plus d'un an de fabrication.

CHAPITRE V

Avant de décrire nos observations, notons une fois pour toutes que, dans le cours de nos descriptions, si nous ne signalons aucune lésion osseuse, oculaire, cutanée, etc..., c'est que ces appareils sont indemnes.

PREMIER GROUPE

DENTS LÉSÉES AVEC SIGNES CERTAINS D'HÉRÉDO-SYPHILIS PROPRES AUX MALADES OU AUX GÉNITEURS

OBSERVATION 1 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Edmond V..., 5 ans. — Première dentition.

Écartement des incisives médianes supérieures. — Érosions. — Vulnérabilité.

Antécédents héréditaires. — Les parents jouissent d'une bonne santé. La mère a eu quinze grossesses, dont au début trois fausses couches de 7 mois et trois morts en bas âge, probablement d'entérite.

Antécédents personnels. — Né à terme, élevé au biberon, l'enfant n'a jamais été malade jusqu'à son entrée au service pour une pneumonie de la base.

Les dents sont petites, implantées normalement, mais les incisives médianes supérieures présentent un écart de 2 millimètres. De plus, les incisives présentent en leur milieu, à la face labiale et légèrement à la face palatine, une érosion en sillon linéaire horizontale, unique, très légère, de coloration blanc-jaunâtre. Enfin les bords latéraux de ces incisives ont un foyer de carie, les incisives latérales et les prémolaires sont presque complètement cariées.

Nous avons pu faire le Wassermann qui nous a donné, suivant l'échelle de Vernes, H 0 ⁽¹⁾.

OBSERVATION 2 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

L..., 8 ans 1/2. — Deuxième dentition.

Érosions. — *Vulnérabilité.* — *Écart des incisives médianes supérieures.*

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique depuis l'âge de 16 ans. Traitement irrégulier. Mère a fait plusieurs fausses couches.

Antécédents personnels. — Enfant chétif n'ayant jamais été malade, ayant cependant dans le jeune âge suivi un traitement à l'onguent napolitain; a été soigné il y a deux ans pour une kératite parenchymateuse qui a disparu par le traitement mercuriel.

Pour le moment présente une voûte légèrement ogivale, mais surtout un écart de 4 millimètres entre les incisives médianes supérieures; les incisives présentent sur leur bord tranchant les « fleurs de lys » et au niveau de la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs existent, sur chaque face labiale, trois érosions en cupules, sortes de petits godets à fond jaunâtre.

L'incisive latérale supérieure droite est petite, la gauche n'est pas encore remplacée.

Les canines supérieures ont les cuspides aplatis, les prémolaires supérieures sont cariées.

(1) Nos indications de réactions de Wassermann sont faites d'après l'échelle de Vernes (chap. IV).

A la mâchoire inférieure, les quatre incisives sont légèrement dentelées et présentent chacune sur leur face labiale une petite érosion en cupule identique à celles des incisives latérales supérieures.

Les deux prémolaires droites sont tombées, et les premières molaires droite et gauche sont cariées déjà.

La réaction de Wassermann nous a donné H 3.

OBSERVATION 3 (personnelle).

Service de M. le Professeur Paul SPILLMANN.

Henri-Jean J..., 15 ans. Salle 12, lit 5 bis. — Deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Amorphisme. — Érosions (Hutchinson). — Vulnérabilité. — Implantation vicieuse.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nous manquent absolument, puisqu'il est à l'Assistance publique.

Le malade est en traitement pour fugues épileptiques sans crises; les bosses frontales sont saillantes, le front haut et large, olympien; il présente un écoulement d'oreille et une surdité assez prononcée; enfin une kératite double.

Nous avons été frappée de rencontrer chez ce sujet non seulement un léger écart de 2 millimètres des incisives médianes supérieures, mais ces incisives ont une très légère rotation sur leur axe vertical et ont à leur bord libre une érosion très nette en coup d'ongle semi-lunaire, qui nous a semblé être la « dent d'Hutchinson ».

A la mâchoire inférieure, les incisives et les canines ont des formes semblables; l'extrémité libre est rongée, usée; l'émail est dépoli et elles présentent symétriquement un semis de petites érosions en godets de la grosseur d'une pointe d'épingle et de coloration blanchâtre.

Les molaires sont complètement cariées. Chez ce malade, nous avons au complet la triade d'Hutchinson.

Le Wassermann, fait en deux laboratoires différents, nous a donné H 0.

Luétine = réaction papuleuse +.

OBSERVATION 4 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Henri B..., 10 ans. — Deuxième dentition.

Vicieuse implantation. — Érosions. — Vulnérabilité. — Amorphisme.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux, pas d'alcoolisme. Mère a eu deux enfants vivants et deux grossesses terminées à 3 mois par des avortements, un avant le malade et un autre six ans après.

Antécédents personnels. — Né à terme, bien portant jusqu'à 18 mois où il eut de très fortes convulsions. A l'âge de 7 ans, grandes crises qui ont repris depuis deux ans. Pendant ces crises, l'enfant tombe à terre, bave, est agité de convulsions; il prévoit les crises, prévient ses parents, se les rappelle après.

La voûte palatine est ogivale et il y a une atrésie sensible du maxillaire supérieur.

Les incisives médianes de ce maxillaire sont larges, épaisses, la gauche chevauchant de 3 millimètres sur la droite. Les incisives latérales sont petites, pointues en dent de squal et ayant, en leur milieu, une érosion en nappe à fond jaunâtre non recouverte d'émail.

Les canines sont érodées et cariées prématurément.

Les prémolaires et la première molaire supérieure sont très petites, cariées, la carie ayant abrasé les cuspides presque complètement.

Pour la mâchoire inférieure, les incisives médianes sont légèrement déviées (leur axe). Les incisives latérales sont complètement amorphes et sont implantées sur le bord buccal de la gencive. La canine gauche a une érosion en sillon horizontal la divisant en deux parties sensiblement égales; la canine droite présente au niveau du collet un foyer de carie; de plus, ces canines sont déviées de leur axe vertical de dedans au dehors. Les prémolaires sont cariées, la première molaire, les cuspides ont disparu et il ne reste qu'un plateau.

La réaction de Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 5 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER (consultation).

Armand F..., 8 ans. — Deuxième dentition.

Érosion. — Amorphisme.

Antécédents héréditaires. — Mère a eu quatre grossesses : deux enfants morts de rougeole et un en bas âge, un enfant venu à 7 mois bien portant, est le malade actuel. Enfant chétif, débile, très difficile à élever, facies adénoïdien, bosses frontales légèrement saillantes ; fut soigné il y a plusieurs mois pour kératite parenchymateuse.

A la mâchoire supérieure, nous observons les incisives médianes avec persistance des « fleurs de lys », les incisives latérales tout à fait monstrueuses, semblables à une petite cheville d'ivoire, et de coloration jaunâtre. Les canines sont petites et usées, la première prémolaire gauche est tombée. Les autres sont petites et courtes. Les premières molaires sont normales.

A la mâchoire inférieure, les quatre incisives sont légèrement crénelées, la première prémolaire gauche est tombée, et la première molaire n'est pas encore poussée ; à droite, écart de 2 millimètres entre la canine et la prémolaire. La deuxième prémolaire manque. La première molaire commence à se carier.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 6 (personnelle).

Roger R..., 14 mois. — Première dentition.

Écart des incisives médianes supérieures.

Antécédents héréditaires. — Mère ayant contracté la syphilis d'un premier mari, après une première grossesse : un enfant mort à 5 mois de coqueluche. Divorce. Se remarie neuf ans après en 1911 ; cinq mois après, une fausse couche de 3 mois. En 1913, accouche d'un garçon à terme, rien de particulier à ce sujet. Depuis a fait une fausse couche de 5 mois 1/2, suit alors traitement à l'hectine et au mercure et accouche à terme à la Maternité de cet enfant ; présentation du siège, mode des fesses. Nourri au sein. A la Maternité, l'enfant a eu une série de neuf frictions.

Actuellement c'est un enfant fort, qui ne marche pas encore et a seulement cinq dents. A eu les deux incisives inférieures à 8 mois; deux mois après, les incisives supérieures. Entre les incisives médianes supérieures existe un écartement de 3 millimètres, les dents sont bien implantées, régulières et d'une jolie coloration.

Enfin les bosses frontales sont légèrement saillantes et le crâne a une tendance à être natiforme.

La réaction de Wassermann est H 8.

OBSERVATION 7 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Thérèse T..., 12 ans. — Deuxième dentition.

Désorientation dentaire. — Amorphisme.

Antécédents personnels. — Enfant petite et peu développée. Présente un effondrement de la cloison nasale et des cicatrices de fissures labiales. Le maxillaire inférieur est en léger prognathisme. L'émail de toutes ses dents a une coloration blanchâtre et de place en place crayeuse. A la mâchoire supérieure, les incisives médianes sont convergentes; les incisives latérales ont la forme de canines normales, elles sont petites et légèrement tordues sur leur axe longitudinal. La deuxième prémolaire gauche est implantée sur le bord interne de la gencive.

A la mâchoire inférieure, l'incisive latérale droite est inclinée presque perpendiculairement à son axe normal sur la face externe de la gencive.

Les canines sont identiques aux incisives.

Le Wassermann est H 0.

OBSERVATION 8 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

Régina B..., 9 ans. — Deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Érosion. — Dents doubles.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Mère a eu huit grossesses dont cinq avortements, trois avant la malade et deux après. Les deux autres enfants sont bien portants.

Antécédents personnels. — A eu les premières dents à 9 mois et marchait à 1 an. De l'âge de 18 mois à 5 ans a eu des affections pulmonaires récidivantes, suites de coqueluche. Puis est bien portante jusqu'en mai 1914. Durant cette période, citons cependant une otite suppurée, complètement indolore et très lente à guérir. En mai 1914, elle est prise de vomissements bilieux avec efforts, le regard hagard, de la titubation, et dix jours après des douleurs orbiculaires très vives il y a de l'exophtalmie : la pupille est dilatée et on constate de la stase papillaire à l'ophtalmoscope. Le pouls est irrégulier, tendu, et redevient normal après la ponction lombaire. Ce liquide n'a donné aucune indication clinique. Traitement : deux injections de néosalvarsan, trois d'huile grise. Nous avons perdu de vue la malade depuis le 20 juillet. A ce moment les vomissements avaient disparu. Elle n'avait plus de titubation, était gaie et souffrait beaucoup moins. Peu de résultats visuels.

Les dents sont irrégulièrement implantées dans la gencive, se bousculant.

A la mâchoire supérieure, l'écart des incisives médianes est de 2 millimètres, et leur émail recouvre inégalement la couronne ; il est blanchâtre et, au niveau du bord libre, devient transparent. Les incisives latérales sont tombées et non encore remplacées. L'incisive latérale gauche repousse avec son bord libre en dents de scie, en arrière du plan des autres dents, c'est-à-dire à la face interne de la gencive.

A la mâchoire inférieure, les incisives sont dentelées, l'incisive latérale gauche de la première dentition persiste en arrière de celle de la deuxième dentition.

Nous profitâmes de la ponction lombaire pour faire faire la réaction de Wassermann avec le liquide céphalo-rachidien, et le laboratoire nous a répondu : Réaction positive H o. Plus tard nous fîmes refaire la réaction avec le sang et nous eûmes le même résultat.

OBSERVATION 9 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Marie S..., 14 ans. — Deuxième dentition.

Amorphisme, microdontisme. — Érosion. — Écart des incisives médianes supérieures.

Antécédents personnels. — En 1910, première dentition. Les incisives supérieures manquent, la canine gauche est naine, la canine droite est plus petite que normalement. Les prémolaires sont en très mauvais état. A la mâchoire inférieure, les incisives sont petites, érodées; la canine droite n'existe plus et la canine gauche est érodée, usée. Les prémolaires sont follement implantées.

En 1912, la malade est atteinte de paralysie faciale. Présente du strabisme. Son état mental est de plus en plus bizarre. Traitement spécifique qui amène la disparition de la paralysie.

Actuellement c'est une arriérée toujours, à état mental fantasque, petite, peu développée; le front est olympien, les veines du crâne sont apparentes. La cornée droite présente une légère opalescence. Il existe au genou des cicatrices de lésions gommeuses datant de 1910 et traitées par le biodure. Enfin nous trouvons une hyperostose massive du fémur.

La dentition présente un amorphisme complet. Les dents sont petites, cranelées, naines, inégales; les incisives n'ont pas de formes propres et ont l'amorphisme des incisives.

Les incisives médianes supérieures ont entre elles un écart de 5 millimètres.

Les molaires inférieures ont les cuspidés abrasés complètement : dents en plateau.

L'émail de toutes ces dents est irrégulièrement disposé et la coloration est jaune-brunâtre, mais il n'existe pas d'érosions dentaires.

La réaction de Wassermann est H 1.

OBSERVATION 10 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

M. Thérèse L..., 12 ans.

Désorientation dentaire. — Érosion. — Amorphisme. — Vulnérabilité.

Antécédents personnels. — Infantilisme, ancienne rachitique. Kératite parenchymateuse soignée par vingt frictions à l'onguent mercuriel.

A la mâchoire supérieure les incisives médianes forment un angle rentrant et ont une légère rotation oblique sur leur axe vertical. La canine droite manque. L'incisive latérale gauche est en retrait et est recouverte en partie par la canine. Les cuspides des prémolaires sont naines, la première molaire est une dent en plateau à droite et à gauche.

A la mâchoire inférieure, les incisives sont en forme d'éventail et implantées dans le maxillaire suivant, aussi en éventail.

La canine gauche est cariée, la droite est normale.

La réaction de Wassermann donne H o.

OBSERVATION 11 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Louise B..., 12 ans. — Première et deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Érosions (Hutchinson). Microdontisme.

Antécédents héréditaires. — Mère syphilitique.

Antécédents personnels. — En 1911, ulcération de la cornée droite. Intelligence baisse de jour en jour, série de vingt piqûres mercurielles.

Incisives supérieures sont tombées. A la canine droite supérieure existe une érosion en godet à fond jaunâtre, la première

molaire est érodée, « en forme de meule », avec abrasion des cuspides.

La canine gauche inférieure est érodée.

En 1912, nouvelle dentition ; les dents de la mâchoire inférieure sont petites ; régulières à la mâchoire supérieure, elles sont écartées et les incisives présentent une encoche en coup d'ongle sur le bord libre.

En 1914, nous voyons l'enfant, elle a le front bombé, le crâne natiforme, les oreilles légèrement décollées, la voûte ogivale. Les incisives médianes supérieures ont un écart de 4 millimètres et sont légèrement convergentes. Ces deux dents ont, sur leur bord libre, l'encoche caractéristique d'Hutchinson : dents en tournevis, obliques convergentes. Les autres dents de la mâchoire supérieure sont petites, mais régulières et bien plantées.

Les incisives inférieures présentent dans leur moitié inférieure une coloration ivoire ; sur leur bord libre la couche d'émail est mince et transparente et donne à ces dents l'aspect de dents laminées.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 12 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Marthe F..., 8 ans.

Écart des incisives médianes supérieures.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère n'avait plus de dents à l'âge de 18 ans. Une tante de l'enfant, sœur de la mère, ainsi que deux oncles présentent des écarts des incisives médianes supérieures. La tante a cet écart qui est de 3 millimètres, le front saillant, le nez en lorgnette, la tête caractéristique d'hérédosyphilitique de Fournier. La grand'mère maternelle de l'enfant a fait deux fausses couches avant ses cinq enfants vivants. Le grand-père est mort il y a 14 ans à la Maison de secours, après y avoir suivi un traitement pour une maladie de peau qui avait rétrogradé, et y est mort de « paralysie ».

Antécédents personnels. — Cette enfant est née à terme ; rien de spécial au point de vue des dents et de la marche ; n'a jamais été malade.

Le crâne est volumineux, les bosses frontales saillantes, le nez légèrement incurvé, les dents sont régulières, très bien plantées, les incisives inférieures sont légèrement espacées, mais les deux incisives médianes supérieures ont entre elles un écart de 6 millimètres. C'est le plus grand écart que nous ayons eu l'occasion de constater.

La réaction de Wassermann est H 7.

OBSERVATION 13 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

N..., 16 ans. — Deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, dont elle est l'unique enfant. Père inconnu.

Cette jeune fille n'est pas plus développée qu'une enfant de 12 à 13 ans.

Les dents de la mâchoire supérieure et inférieure sont petites, régulièrement plantées, ayant leur forme respective, très saines, présentant simplement un léger écart entre toutes.

Signalons cependant l'écart de deux : presque 3 millimètres entre les incisives médianes supérieures.

Jusqu'ici pas d'autre altération d'ordre hérédo-syphilitique.

Vient au service pour iritis rebelle à tout traitement ordinaire ; amélioration très nette à la suite de trois piqûres d'huile grise.

Nous n'avons pu faire le Wassermann.

OBSERVATION 14 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

André..., trouvé dans la rue.

Implantation vicieuse. — Érosions.

Aucun renseignement.

Bosses frontales très marquées et paralysie des membres inférieurs.

Les dents supérieures sont petites, régulières, légèrement espacées, et, à la mâchoire inférieure, les incisives médianes sont crénelées en dents de scie et sont implantées sur le bord interne de la gencive. L'incision gauche empiète légèrement sur la droite.

Le Wassermann est H 1.

OBSERVATION 15 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Albertine B..., 5 ans. — Première dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Amorphisme. — Vulnérabilité.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant sauf des maux de tête continuels à prédominance nocturne. Mère bien portante, mais faible.

Antécédents personnels. — Née à terme à la Maternité; pesait 2 kilos. Enfant petite, mais bien portante.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes sont écartées de 2 millimètres. Les incisives latérales sont : à droite, petites et le bord libre en pointe; à gauche, presque complètement abrasées par un foyer de carie.

A la mâchoire inférieure, les incisives sont petites, régulières, légèrement espacées. La deuxième prémolaire gauche est extraite, la première et celle de droite sont en partie cariées. Donc carie précoce.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 16 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Élisabeth B..., 3 ans. Première dentition. — Sœur de la précédente.

Érosion. — Microdontisme. — Vulnérabilité.

Antécédents personnels. — Née à 7 mois (jumelle); anémie congénitale; pesait 1.800 grammes. Sa sœur jumelle, teint

jaune, rate énorme, anémie congénitale. Frictions à l'onguent mercuriel, l'état s'améliore notablement. A 2 ans, elle meurt d'une rougeole compliquée.

L'enfant dont il est question, le 2 juillet 1912, à 1 an, pesait 6.600 grammes et mesurait 65 centimètres ; le teint était pâle, mais blanc, à l'encontre de celui de sa sœur jumelle qui était jaune. Se levait dans son lit, mais n'avait pas de dents ; la fontanelle légèrement dépressible ; se tenait sur ses jambes. Rachitisme des membres, rate peu perceptible, langue « en carte géographique ».

Actuellement le front est bombé, et il existe de nombreuses dystrophies dentaires. L'enfant a eu ses premières dents à 14 mois, et l'évolution s'est faite normalement et complètement à ce moment.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes ont leur bord libre irrégulier et, à leur face labiale, existe une large érosion en nappe recouvrant les trois quarts de la surface. Les incisives latérales ont une érosion en nappe au niveau du collet. Les premières prémolaires ont, sur une ligne horizontale, trois petites érosions en godets. Les cuspides de ces prémolaires sont séparés par un sillon à fond jaunâtre et de 1 millimètre de largeur. L'émail de ces dents est en général d'une coloration blanc-crayeux.

Les incisives de la mâchoire inférieure sont petites, régulières, bien plantées ; les deux prémolaires gauches sont extraites et la première à droite est cariée.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 17 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Anna B..., 23 ans. — Deuxième dentition.

Érosions.

Antécédents héréditaires, — Mère mulâtre syphilitique, a eu quatorze enfants qui sont morts jeunes, sauf deux qui sont Anna B... et un frère ayant une paraplégie infantile et soigné à la Maison de secours par des piqûres(?).

Antécédents personnels. — Bien portante, quoique d'aspect malingre.

La bouche fermée présente le signe de l' « artichaut » de A. Fournier ⁽¹⁾.

Les incisives médianes supérieures sont fortement accolées, mais il existe un léger écart entre elles et les incisives latérales.

Les premières présentent deux sillons longitudinaux qui n'ont rien de pathologique, mais, au tiers inférieur, deux petites érosions en godets.

Les incisives latérales ont à leur bord libre un émail transparent qui manque dans le tiers moyen de la couronne et laisse l'ivoire à découvert.

Les incisives inférieures sont crénelées, de hauteur inégale et de teinte uniformément blanc-jaunâtre, due au revêtement trop mince de la couche d'émail. Ces incisives sont d'autre part doublées de dents identiques, mais plus petites à la face interne de la gencive. La première prémolaire gauche a le cuspide externe carié ; quant à la deuxième, elle est extraite. Les dents dites « de sagesse » n'ont encore pas fait leur apparition.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 18 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

René B..., 11 mois. — Première dentition.

Érosion. — *Retard de la dentition.*

Antécédents héréditaires. — Enfant de la précédente. A une sœur bien portante ayant seulement sur les quatrièmes incisives supérieures une érosion en sillon faisant le tour de la couronne.

L'enfant que nous examinons est né à terme ; il a les bosses frontales très développées, le nez en lorgnette ; quelques mois après sa naissance, a suivi un traitement de frictions à l'onguent mercuriel.

(1) « Dû à un arrêt de développement de la hauteur de l'arcade dentaire et ainsi appelé, parce que ceux qui ont la bouche ainsi constituée ne peuvent pas exprimer entre leurs dents la pulpe qui se trouve à la base des feuilles d'artichaut. »

Quoique âgé de 11 mois, il ne marche pas encore et n'a pas encore une dent. C'est un hérédo-syphilitique fils d'une hérédo-syphilitique elle-même.

Le Wassermann est H 8.

OBSERVATION 19 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

Paulette R..., 6 ans 1/2.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme. Érosions. — Vulnérabilité. — Amorphisme.

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique soigné par une série de piqûres (?). Mère a eu six grossesses : la première s'est terminée par un enfant macéré ; sur les cinq autres, trois enfants vivants ; un de 7 ans a une tumeur blanche du genou, un de 3 ans, qui commence à marcher, n'a pas encore toutes ses dents.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

A les bosses occipitales très développées et le front légèrement proéminent ; est soignée pour kératite parenchymateuse.

A la mâchoire supérieure, il y a entre les incisives médianes un écart de trois quarts de centimètre ; elles sont petites, à peine 3 millimètres de hauteur, à bord libre, usées et de coloration jaune-grisâtre. Les incisives latérales ont des érosions en godets.

Les canines présentent des foyers de carie et sont identiques aux incisives, qui elles-mêmes ne sont semblables à aucune description donnée. Les deux prémolaires sont cariées complètement, et nous trouvons de l'atrophie cuspidienne aux premières molaires droite et gauche.

Les incisives inférieures sont petites, régulières, légèrement espacées. Les prémolaires sont cariées.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 20.

Communiquée par M. JEAN BENECH.

Gaston C..., 14 ans. — Deuxième dentition.

Erosions. — Amorphisme. — Vulnérabilité.

9

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique avant la naissance de l'enfant et traité insuffisamment.

Antécédents personnels. — A marché tard et fait les premières dents à 11 mois. Chétif dans l'enfance. N'a d'autres signes d'hérédosyphilis qu'une voûte ogivale et des bosses frontales légèrement développées.

Les incisives supérieures médianes ont le bord libre en dents de scie et, de même que les latérales, présentent trois érosions transversales en sillons superposés ayant assez nettement l'aspect de dents en gradins.

Les canines ont leur cuspe abrasé, et sont semblables à des incisives.

Les incisives inférieures ont des érosions en sillons peu profonds. Carie des prémolaires.

Le Wassermann est H 8.

Luétine = réaction papuleuse +.

OBSERVATION 21.

Communiquée par M. Jean BENECH.

Jules W..., 28 ans. — Deuxième dentition.

Erosions. — *Amorphisme.*

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Père alcoolique. Mère a fait plusieurs fausses couches. Deux sœurs vivantes, dont une paralysée depuis sa naissance.

Antécédents personnels. — Souffreteux, malingre, maux d'yeux et d'oreilles dans l'enfance. Asymétrie faciale; tibia en lame de sabre.

Les incisives médianes supérieures gardent la persistance des « fleurs de lys » et présentent sur leur face labiale, sur deux lignes horizontales, des érosions petites et peu profondes en godets. Les incisives latérales ont le bord libre en biseau, tandis que les canines ont le bord libre horizontal. Les incisives inférieures sont cariées. Les canines sont identiques aux incisives normales.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 22.

Communiquée par M. Jean BENECH.

G..., 30 ans, originaire de la Savoie, hospitalisé pour débilité mentale.

Érosion. — Amorphisme.

Antécédents héréditaires. — Parents alcooliques, frères et sœurs débiles, chétifs et malingres.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade; débilité mentale; gros crâne à bosses temporales et frontales très saillantes. Asymétrie faciale; tibia en lame de sabre; demi-surdité survenue brusquement et sans douleur; rien aux yeux.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes manquent; l'incisive latérale droite n'est plus qu'un vestige informe, brunnâtre; la gauche est plus ou moins cariée ainsi que toutes les autres dents.

Les incisives médianes latérales inférieures ont une encoche en coup d'ongle semi-lunaire. Les incisives latérales ont la forme des canines. Les premières molaires sont extraites, l'ensemble des dents du maxillaire inférieur est en meilleur état que celui du maxillaire supérieur.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 23.

Communiquée par M. Jean BENECH.

Paul R..., 30 ans.

Implantation vicieuse. — Érosion.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A eu des « maux d'yeux et d'oreilles » dans l'enfance. A l'âge de 16 ans, a été soigné pour iritis rebelle dans une clinique d'ophtalmologie; y a suivi un traitement mercuriel.

Le crâne est asymétrique, les bosses frontales saillantes, les oreilles décollées. Légère atrésie au maxillaire supérieur avec

voûte ogivale. Implantation vicieuse d'un grand nombre de dents. Les incisives médianes supérieures ont des érosions multiples en cupules, les incisives latérales et les canines sont striées de sillons horizontaux. Les deux incisives supérieures sont les incisives de la première dentition. Carie des molaires inférieures.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 24 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Théophile A..., 7 ans. — Deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Désorientation dentaire. — Amorphisme.

Antécédents héréditaires. — Mère, trois fausses couches de 3, 4 et 6 mois, ensuite quatre enfants à terme vivants, mais ayant présenté des accidents et soignés à l'onguent napolitain.

L'enfant que nous examinons a le nez en lorqunette, les bosses frontales extrêmement développées, est plutôt chétif pour son âge.

Les incisives médianes supérieures ont un axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans et présentent un écart de 3 millimètres. Toutes les dents supérieures sont légèrement écartées les unes des autres.

Les incisives médianes inférieures ont la forme d'un éventail et sont finement cranées à leur bord libre. Les prémolaires sont extraites. L'émail a une coloration normale et il n'existe aucune érosion dentaire.

La réaction de Wassermann nous a donné H 7.

OBSERVATION 25 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

Jean..., 5 ans. — Première dentition.

Microdontisme. — Vulnérabilité.

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique, mère prend la

syphilis, est soignée dès sa première grossesse par du « Sirop de Gibert et des frictions ». A eu trois fausses couches de 2 mois, 5 mois, 7 mois, et trois enfants à terme vivants. Le premier est bien portant, a eu ses premières dents à 10 mois et a marché à 26 mois, les dents furent de bonne heure complètement cariées.

Le deuxième est celui qui nous occupe ; il a percé ses dents à 8 mois (élevé au sein), voûte ogivale.

Les dents de la mâchoire supérieure sont petites, écartées, cariées et de coloration jaunâtre. Les dents inférieures sont petites, régulièrement implantées, régulières.

A suivi un traitement à l'huile grise pour kératite parenchymateuse. Amélioration notable dès la deuxième piqûre.

Le troisième enfant, 15 mois, a eu sa première dent à 9 mois et il commence à peine à marcher.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 26 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Marthe S..., 7 ans, soignée depuis des années pour scrofulate de vérole.

Implantation vicieuse. — Amorphisme.

Antécédents personnels. — Présente au bras droit des cicatrices d'abcès froids ainsi qu'à la partie supérieure des métatarsiens droits. Kératite parenchymateuse des deux yeux. A suivi un traitement complexe (sérum de Marmoreck, goménol, frictions à l'onguent napolitain).

Les bosses frontales sont légèrement saillantes. La voûte palatine est fortement ogivale, les incisives médianes supérieures gardent la persistance des « fleurs de lys », les incisives latérales sont identiques comme forme aux canines et sont implantées sur la face externe de la gencive.

Les quatre incisives inférieures ont leur bord libre finement découpé, les canines, géantes et tirillées dans leur forme, recouvrent en partie la face labiale des incisives latérales.

Le Wassermann nous a donné H 6.

OBSERVATION 27

Communiquée par M. Jean BENECH.

Jacques L..., 25 ans.

Erosion (Hutchinson).

Parents inconnus, pupille de l'Assistance publique, a toujours été bien portant, présente un facies type d'hérédo-syphilitique. bosses frontales proéminentes, nez en lorgnette, voûte ogivale, tibias en lame de sabre, et comme stigmatisme dentaire les incisives médianes supérieures ont l'échancrure en coup d'ongle à convexité supérieure décrite par HUTCHINSON. Dents obliques et convergentes à l'aspect en tournevis.

Ce malade a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans.

OBSERVATION 28 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHÄLTER.

Marie-Louise C..., 4 ans. — Première dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Désorientation dentaire. — Érosion. — Microdontisme.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. Mère 33 ans, bien portante, a contracté la syphilis un an avant la naissance de l'enfant. A pris pendant quinze jours des pilules de protoiodure. Trois enfants vivants, deux morts, l'un à 6 semaines il y a deux ans, l'autre mort-né il y a dix ans.

Antécédents personnels. — Né un an après la contamination, à terme; à l'âge de 5 mois présentait des syphilides anales qui furent traitées par des frictions à l'onguent napolitain. A eu les premières dents vers 6 mois et marchait à 1 an.

Le front est légèrement saillant, mais ce qui retient notre attention c'est une circulation veineuse collatérale intense. Au moment où nous la voyons, elle a autour de la luvette un sillon de teinte blanchâtre peu douloureux, mais gênant au moment de la déglutition.

Les incisives médianes supérieures ont un axe oblique diver-

gent laissant entre leur angle mésial un écart de 2 millimètres. Sur l'incisive latérale droite une érosion partant de l'angle mésial et occupant le tiers inférieur droit de la face labiale, érosion en nappe d'un blanc grisâtre. Les dents supérieures sont petites, courtes, légèrement écartées et à bord libre usé. A la mâchoire inférieure, dents normales. Pas de carie.

Il n'a pas été fait de Wassermann.

DEUXIÈME GROUPE

LÉSIONS DENTAIRES SEULES AVEC WASSERMANN POSITIF OU HÉRÉDO-SYPHILIS CERTAINE

OBSERVATION 29 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

Jeanne D..., 17 ans.

Désorientation dentaire. — Érosions. — Vulnérabilité.

Antécédents héréditaires. — Mère ayant eu six enfants dont seule la malade reste. Les autres : un mort-né ou morts en naissant.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

A un enfant de 2 mois né un mois avant terme, bien portant; vient pour iritis rebelle qui ne s'est atténuée que par traitement mercuriel.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes sont bien plantées, mais grosses et épaisses. L'émail qui les recouvre est blanchâtre et irrégulièrement disposé sur la couronne formant des vallonements longitudinaux sur la face labiale.

Les incisives latérales sont en légère rotation sur leur axe vertical; celle de droite présente une érosion en sillon jusqu'au niveau du bord libre; celle de gauche a une érosion en nappe à fond gris-jaunâtre raboteux et occupant presque entièrement la face labiale de cette dent. Les canines sont identiques aux pré-

molaires. La première molaire est ridée, rongée et présente une atrophie cuspidienne très prononcée.

A la mâchoire inférieure, les canines sont identiques aux incisives et ces six dents sont rodées, usées, épaisses et à surface tomentueuse. Friabilité très grande de toutes les dents.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 30 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

R..., 4 ans. — Première dentition.

Écart entre les incisives médianes supérieures. — *Microdontisme.* — *Vulnérabilité.* — *Amorphisme.*

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique avant la naissance. Mère contaminée ayant eu un fœtus macéré et plusieurs fausses couches. A suivi traitement spécifique, actuellement traitement mercuriel pour kératite, est aussi depuis quelques années atteinte de surdité. La vue et l'ouïe s'améliorent sous l'action des piqures.

Antécédents personnels. — Bien portante, a percé ses premières dents à 10 mois révolus.

A la mâchoire supérieure, léger écart entre les incisives médianes et entre les incisives latérales, beaucoup plus considérable entre les incisives et les canines. Les incisives sont petites, finement dentelées et gâtées déjà depuis deux ans.

Des incisives inférieures, seule la médiane droite est normale et recouverte en partie par la médiane gauche et la latérale droite, qui ont leur bord libre divisé en deux parties par un sillon qui remonte verticalement la couronne.

Les canines ont la forme de dents de poisson.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 31 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Aimé D..., 8 ans.

Désorientation dentaire. — *Écart des incisives médianes supérieures.* — *Microdontisme.* — *Vulnérabilité.*

Antécédents héréditaires. — Père et mère, aucun renseignement; quatre enfants, pas de fausse couche, un enfant mort à 3 mois.

Antécédents personnels. — Né à terme, accouchement normal, rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Il y a trois mois, a eu la grippe et depuis poussées de fièvre répétées.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes sont implantées suivant un axe oblique convergent et laissant entre elles un espace de 2 millimètres.

Les incisives latérales sont extraites; quant aux canines, prémolaires et première molaire, les cuspides sont légèrement atrophiés et surtout aplatis.

A la mâchoire inférieure, les incisives sont petites, régulières, dentelées; la canine et la prémolaire gauche n'existent plus et les deuxièmes prémolaires droite et gauche ont un foyer symétrique de carie.

Le Wassermann a donné la réaction H o.

OBSERVATION 32 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Ida L..., 13 ans. — Deuxième dentition.

Désorientation dentaire. — *Érosion.* — *Vulnérabilité.*

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de cause inconnue. Cinq enfants dont un mort à 8 mois.

Antécédents personnels. — Ancienne rachitique, nanisme.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes sont implantées suivant un axe oblique et convergent; leur face-labiale présente, au niveau du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, un sillon longitudinal de 2 millimètres à fond jaune ivoire. Les incisives latérales sont petites, écartées, aplatis sur leur bord libre qui est étranglé circulairement par un léger sillon noirâtre. La canine gauche n'existe plus, les deux prémolaires droite et gauche ont leurs cuspides internes érodés et amincis.

Les incisives médianes et latérales inférieures sont régulières,

mais présentent toutes quatre à la même hauteur, ainsi que la canine gauche, un léger sillon longitudinal. La canine gauche est resserrée à 4 millimètres de son bord libre.

Le Wassermann donne H o.

Il est intéressant de noter que cette enfant est la sœur du sujet de notre observation 10 et que, faites en différents moments, leurs deux réactions de Wassermann ont donné H o.

OBSERVATION 33.

Communiquée par M. Jean BENECH.

Henriette P..., 10 ans. — Deuxième dentition.

Amorphisme. — Microdontisme. — Implantation chaotique.

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique avant la conception de l'enfant qui n'a présenté aucun accident.

Rien de particulier sur les antécédents personnels. Au maxillaire supérieur, les incisives médianes sont très dentelées sur leur bord libre; elles sont longues et amincies au niveau du collet, ce qui leur donne très nettement l'aspect d'un éventail. Les incisives latérales sont courtes, le bord libre est en dents de scie. Implantation irrégulière, un peu chaotique, des dents du maxillaire supérieur.

Au bas, la dentition est normale.

Le Wassermann a donné H 8.

OBSERVATION 34 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Henri C..., 9 ans.

Microdontisme. — Amorphisme. — Érosion.

Antécédents héréditaires. — Mère, trois enfants dont deux morts de diphtérie et rougeole et deux fausses couches de 3 et 5 mois avant l'enfant, qui est né à terme. Elle a les bosses frontales très marquées, a de très belles dents, mais présente entre les incisives médianes supérieures un écart de 2 millimètres.

Antécédents personnels. — Nævus plan recouvrant le tiers de la joue droite.

Les dents du maxillaire supérieur sont petites, érodées; les canines n'ont plus de cuspides et se terminent par un bord horizontal, elles ont une forme identique aux incisives.

La première molaire a les cuspides complètement abrasés et donne nettement l'aspect de la « dent en plateau » de Fournier.

Les incisives inférieures sont petites, dents de souris à bord libre complètement usé.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 35 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

André V..., 16 ans. — Deuxième dentition.

Vulnérabilité. — *Erosion.* — *Microdontisme.*

Antécédents héréditaires. — Syphilis probable, famille de scrofuleux. Mère, dents mal implantées, chevauchant les unes sur les autres.

Antécédents personnels. — Soigné depuis de longues années au service; traité au mercure. Cousu de cicatrices d'abcès froids.

A la mâchoire supérieure, l'incisive médiane gauche a la couronne presque complètement abrasée et rongée par la carie. La médiane droite au niveau du collet présente un large sillon transversal.

Les incisives latérales, elles, sont striées de deux sillons transversaux, à fond blanc-jaunâtre. Les canines ont à la partie supérieure de leur face labiale des érosions à nappe recouvrant le tiers environ de cette face. La première molaire droite est extraite.

A la mâchoire inférieure, les dents sont petites, régulières, légèrement espacées et ne présentent que quelques foyers de carie.

Le Wassermann donne Ho.

OBSERVATION 36 (personnelle).

Service de M. le Professeur Paul SPILLMANN.

Émilienne C..., 36 ans.

Erosion, chute précoce. — Désorientation dentaire.

Antécédents héréditaires. — Parents encore vivants. Mère a eu treize enfants dont un seul vivant; les autres morts, soit à la naissance, soit peu de temps après. Le seul vivant né à 8 mois.

Antécédents personnels. — Bien portante.

Vient à l'hôpital couverte de lésions desquamantes douteuses. Les incisives médianes supérieures présentent des sillons transversaux superposés ainsi que sur la canine droite, les incisives latérales et la canine gauche manquent. Les molaires supérieures sont tombées.

A la mâchoire inférieure, les quatre incisives sont implantées suivant un axe oblique et légèrement convergent. La canine droite et toutes les autres dents sont tombées ou cariées jusqu'au collet. La canine gauche présente deux étranglements, le premier vers le milieu de la couronne, l'autre vers le bord libre.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 37 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Ferdinand C..., 9 ans. — Deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Vulnérabilité. — Implantation vicieuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à 58 ans. Mère bien portante, cinq enfants.

Il existe un écart de 2 millimètres entre les incisives médianes supérieures. La molaire supérieure droite est cariée.

Les incisives médianes et latérales inférieures sont implantées sans ordre en s'entre-croisant. Les prémolaires et les premières

molaires manquent et la gencive à cet endroit est complètement atréfiée.

Le Wassermann donne H 1.

OBSERVATION 38 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiery.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

C..., 10 ans 1/2. — Deuxième dentition.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme. — Amorphisme.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires, sauf que le père est alcoolique; c'est un enfant blond, gringalet, très difficile de caractère.

Les incisives médianes supérieures sont très longues, larges en touches de piano et laissent entre elles un écart de 3 millimètres. Les incisives latérales repoussent très étroites. La canine à droite est petite, à bord libre, limé, usé; à gauche elle est normale. La prémolaire à gauche est cariée.

Les incisives médianes inférieures sont longues, plates et très étroites surtout au collet où elles ont entre elles un écart de 3 millimètres. Les canines sont identiques aux incisives. Carie des deux molaires droite et gauche.

La réaction de Wassermann donne H 1.

OBSERVATION 39 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiery.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Lucien L..., 8 ans.

Écart des incisives médianes supérieures. — Vulnérabilité. — Implantation vicieuse.

Antécédents héréditaires. — Mère prostituée. Soignée à la Maison de secours.

Antécédents personnels. — Nez en lorgnette. Bosses frontales légèrement saillantes. Enfant difficile. Vieux.

Les incisives médianes supérieures ont un écart de 4 millimètres. Les incisives latérales sont petites, régulières. Les trois molaires droites sont cariées. Les incisives latérales inférieures sont implantées en dedans du plan d'implantation des incisives médianes et des canines. Les quatre incisives ont leur bord libre légèrement dentelé. Il n'y a pas d'altération de coloration de l'émail.

La réaction de Wassermann donne H 1.

OBSERVATION 40 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiery.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Marcel D..., 10 ans. — Saint-Stanislas.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme. — Érosion. Implantation vicieuse.

Antécédents héréditaires. — Mère, fille publique, a été traitée à la Maison de secours.

Antécédents personnels. — A 2 ans, fissures à l'anus et scrotum. Cicatrices pigmentées. Ecthyma. Traitement spécifique; en 1910 otite chronique, enfant difficile, fait une chute sur le nez, qui produit un élargissement des os de la base.

Les incisives médianes supérieures ont un écart de 2 millimètres.

Les incisives latérales sont petites et courtes, les canines ont leur cuspide aplati.

La première molaire n'a plus de cuspide, présente une surface plane, jaunâtre, c'est la dent en plateau.

Les incisives latérales inférieures sont implantées en dedans du plan d'implantation des incisives médianes et des canines. Les premières molaires inférieures sont aussi en plateau. Il n'y a pas de changement de couleur de l'émail.

La réaction de Wassermann est H 1.

OBSERVATION 41 (personnelle).

Pouponnière. Professeur HAUSHALTER.

Pierre D..., 21 mois. — Hérédo-syphilitique.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme. — Retard dans la dentition.

Entré à la pouponnière à l'âge de 3 mois. Érythème érosif des fesses, du scrotum. Plis radiés autour de l'anus, teint pâle. Actuellement, teint blanc pâle, ne marche pas, front bombé avec bosses frontales saillantes. Traitement spécifique.

Les incisives sont apparues vers 18 mois; les médianes supérieures sont petites, saines, espacées de 2 millimètres; les incisives latérales supérieures sont normales.

Les incisives médianes inférieures sont petites. A 21 mois, seulement six dents, donc retard dans la dentition; dents saines, mais petites.

Un an après, nous revoyons l'enfant, et l'écart des incisives a complètement disparu; les dents sont très saines et de belle coloration.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 42 (personnelle).

Alice C..., 2 ans. — Première dentition.

Père syphilitique avéré, mère bien portante. Contracte, un an après la naissance, la syphilis traduite par des plaques muqueuses buccales; trois semaines après la constatation des plaques muqueuses, l'enfant est traitée pour des lésions semblables siégeant à la vulve et à l'anus. Actuellement l'enfant revient pour la réapparition de ces lésions.

Elle ne présente aucun stigmate dystrophique, les dents sont superbes et la dentition est complète; à noter seulement que les premières dents sont apparues vers 10 mois.

OBSERVATION 43.

Communiquée par M. Jean BENECH.

Joséph E..., 40 ans. — Deuxième dentition.

Érosion « Hutchinson ». — *Microdontisme.*

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique mort de paralysie générale dans un asile d'aliénés.

Antécédents personnels. — Bien portant, nie toute syphilis. A été marié deux fois. Première femme morte en faisant une fausse couche. Sa deuxième femme a présenté trois avortements successifs, puis deux enfants bien portants : le premier présente la même dentition que le père que nous décrivons *plus loin*. Le deuxième enfant a de très belles dents.

Système dentaire du père : mâchoire supérieure :

Les deux incisives médianes supérieures ont le bord libre entaillé par une encoche en coup d'ongle; elles sont légèrement convergentes et obliques sur leur axe vertical, plus larges à leur collet qu'à leur bord libre, c'est la dent d'Hutchinson type.

En bas, dents petites, alternant avec des dents très grosses et à bord crénelé.

Le Wassermann donne H o.

OBSERVATION 44 (personnelle).

Service de M. le Professeur ROHMER.

Z..., 7 ans.

Antécédents héréditaires. — Père contracte la syphilis pendant la grossesse de sa femme qui, au moment de l'accouchement, présente des accidents. A nourri l'enfant, a été soignée ainsi que le père; a eu deux autres enfants dont les observations suivent. Deux enfants, nés alors que les parents étaient indemnes, ont une très belle dentition.

Antécédents personnels. — Cet enfant n'est donc pas une héréd., mais a contracté la syphilis soit à la fin de la gestation, soit pendant que la mère la nourrissait. N'a jamais été malade. Première dent à 10 mois, marche à 16 mois. Première dentition,

dents petites complètement cariées ; est venue au service parce qu'elle n'y voyait plus il y a un an. Traitement spécifique, nous la voyons aujourd'hui, les troubles visuels ont disparu, la seconde dentition est faite pour les incisives et les canines qui sont courtes, épaisses ; l'incisive gauche supérieure implantée légèrement sur le bord labial de la gencive. Les premières grosses molaires présentent en bas sur leur face triturante une série de petits cuspidés d'émail. Coloration normale.

Z²..., 4 ans, née après la contamination des parents qui suivaient un traitement. Enfant forte ne présentant qu'un front proéminent, aucune autre dystrophie. Il est intéressant de noter que la dentition s'est faite à 10 mois et que, actuellement, l'enfant a ses quatre premières molaires très saines ; les dents sont jolies, régulières, mais laissent un écart de 3 millimètres entre les incisives médianes supérieures.

Z³..., 20 mois. — Enfant bien portant.

A la mâchoire supérieure, huit dents normalement implantées, saines ; les deux canines petites et très aiguës.

A la mâchoire inférieure, quatre incisives et deux prémolaires, pas de canines, dents normales et saines, pas de dystrophie.

TROISIÈME GROUPE

LÉSIONS DENTAIRES SANS STIGMATES CERTAINS D'HÉREDO-SYPHILIS

OBSERVATION 45 (personnelle).

. Ambulance du Bon-Pasteur.

F..., 30 ans.

Implantation vicieuse.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant ; mère bien portante ; l'un et l'autre ont de « mauvaises dents » et des dents mal plantées ; un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Très fort ; de santé robuste. La première dentition était, paraît-il, défectueuse.

Les incisives latérales supérieures implantées sur la face interne de la gencive, donc en retrait sur les incisives médianes et les canines et recouvertes en partie par ces dernières. Les autres dents sont régulièrement implantées et ne présentent que de rares foyers de carie. /

Il n'a pas été fait de Wassermann.

OBSERVATION 46 (personnelle).

Ambulance du Bon-Pasteur.

O. W..., 25 ans.

Erosion « Hutchinson ».

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, mais mère souffrant toujours des « nerfs ». Grands-parents des deux côtés vivants ou morts de vieillesse. Onze enfants, trois morts à 1 et 2 ans de scarlatine. Accouchements à terme. Enfants nourris au sein.

Antécédents personnels. — Toujours très bonne santé, forte constitution, première dentition tout à fait « normale ».

Deuxième dentition. A repoussé comme la première; mais depuis dix ans, il s'est fait au niveau du bord libre des incisives médianes supérieures, qui ont entre elles un écart de 1 millimètre, une encoche semi-lunaire en coup d'ongle. Les dents ne sont pas tournées sur leur axe, ni convergentes; mais l'échancrure est celle de la dent d'Hutchinson et la dent est légèrement plus large au collet qu'à son bord libre.

Les canines supérieures sont identiques aux incisives. Les autres dents sont bien implantées et très saines.

Il n'a pas été fait de Wassermann.

OBSERVATION 47 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiery.

Service de M. le Professeur HAUSEALTER.

Georges B..., 6 ans.

Érosions. Microdontisme. — Vulnérabilité.

Orphelin, venu pour eczéma. Tête ronde, front légèrement

olympien avec incurvation du nez à la racine. Les incisives médianes supérieures ont au tiers supérieur de la dent une érosion en nappe, de coloration jaunâtre et de surface granulée en « gâteau de miel » ; sur les deux tiers inférieurs sont disséminées trois petites érosions en cupule.

L'incisive latérale gauche présente les mêmes lésions dans le même ordre. L'incisive latérale droite a une simple érosion en sillon transversal.

Les canines ont trois érosions en cupule. La première prémolaire droite est cariée ainsi que la première prémolaire gauche.

Les incisives médianes inférieures sont petites et courtes, les latérales sont étroites et longues. Carié des molaires et des premières prémolaires.

Le Wassermann donne H 7.

OBSERVATION 48 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Henri B..., 9 ans.

Désorientation dentaire chaotique. — Amorphisme.

Rien sur les antécédents, facies adénoïdien type.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes forment un angle rentrant, rotation autour de leur axe vertical, leur bord libre est crénelé, sans rappeler toutefois les « fleurs de lys » (puisque quatre dentelures sur chaque incisive). Les incisives latérales sont courtes et étroites et de forme tout à fait fantaisiste.

A la mâchoire inférieure, les quatre incisives sont implantées sans ordre, sans symétrie, et se chevauchent légèrement.

Le Wassermann donne H 7.

OBSERVATION 49 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiérig.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Marie H..., 22 mois. — Première dentition.

Érosion. — Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme. — Retard de la poussée dentaire.

Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Hypotrophique. Rachitisme douloureux. Fontanelle très élargie. Première dent à 9 mois; 16 dents actuellement. Entre les incisives médianes supérieures existe un écart de 2 millimètres, elles présentent à la partie supérieure de leur face labiale, une large érosion en nappe à fond ivoire, recouvert d'une très légère couche d'émail.

Les incisives latérales sont petites et étroites.

Les incisives inférieures sont normales, aucune des canines n'est poussée.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 50 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Émile F..., 11 ans 1/2.

Écart des incisives médianes supérieures. — *Érosion.* — *Microdontisme et amorphisme.*

Bosses frontales proéminentes. Aucun renseignement. Entre les incisives médianes supérieures est un écart de 2 millimètres. Sur leur face labiale se trouvent deux petites érosions en godets, peu profondes. Les incisives latérales inférieures petites, écartées; celle de droite a la forme d'une canine. La canine droite présente au niveau de l'angle distal une légère érosion en cupule.

Rien aux dents de la mâchoire inférieure.

La réaction de Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 51 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Suzanne B..., 8 ans.

Écart des incisives médianes supérieures. — *Érosion.* — *Désorientation.* — *Amorphisme.* — *Microdontisme.*

Antécédents héréditaires et personnels. — Mère bien portante a eu sept enfants, dont deux morts à la naissance.

Née à terme, jamais malade. Ulcération de l'amygdale.

Les incisives médianes supérieures ont un écart de 4 millimètres; elles présentent une érosion en sillon horizontal très léger sur leur face labiale et une persistance des « fleurs de lys ». De plus, elles sont en légère rotation interne autour de leur axe vertical. Émail poli et très régulier. L'incisive latérale gauche et les deux prémolaires sont extraites. L'incisive latérale droite est longue, étroite, rectangulaire. Carie de la deuxième prémolaire droite.

Les incisives inférieures sont petites, écartées, légèrement crénelées. La deuxième prémolaire gauche et les deux de droite manquent.

Le Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 52 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Robert V..., 8 ans.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme. — Amorphisme. — Vulnérabilité.

Rien sur les antécédents; cinq enfants tous vivants; front légèrement bombé et oreilles fortement décollées, écart de 3 millimètres entre les incisives médianes supérieures qui gardent la persistance des « fleurs de lys ». Les incisives latérales et les premières molaires manquent.

Les deuxièmes molaires sont très petites.

Les incisives inférieures en dents de souris. La première prémolaire gauche n'a aucune forme décrite, aspect d'un cuspide couleur ivoire. Celle de droite est cariée ainsi que les molaires inférieures.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 53 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Yvonne N..., 2 ans, née dans les Vosges.

Microdontisme. — Érosion, — Désorientation. — Amorphisme.

Antécédents héréditaires. — Mère, mort accidentelle(?). Père, tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Rachitique.

En général, dents naines, petites, aiguës et cariées. Les incisives médianes supérieures sont d'un amorphisme complet.

Les incisives latérales présentent, celles de droite, deux érosions en cupule, celles de gauche un foyer de carie.

Les incisives inférieures sont petites, serrées, ayant sur le même niveau une érosion en sillons superposés de teinte jaunâtre et implantées suivant divers axes.

La canine droite a une forme de massue et son axe vertical est tout à fait oblique; elle recouvre en partie l'incisive latérale. La canine gauche sur sa face labiale montre une érosion en godet unique et non symétrique; les autres dents sont plus ou moins cariées.

La réaction de Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 54 (personnelle).

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Marie-Louise N..., 10 ans, cousine de la précédente, née dans les Vosges également.

Érosion. — *Vulnérabilité.* — *Amorphisme.*

Antécédents personnels. — Enfant souffreteux, née à terme, élevée au sein. A des bronchites répétées et rougeole il y a quelques années.

Dentition très altérée. Érosions dentaires et abrasion de l'émail sur une grande surface, dents friables.

A la mâchoire supérieure, les incisives médianes présentent, surtout celle de gauche, une large érosion occupant les trois quarts de la face labiale. Seule, à peu de distance du collet, la couronne est normale et se termine par un bourrelet d'émail au niveau de l'érosion en nappe, qui a une coloration jaunâtre.

Les incisives latérales ont une érosion symétrique longeant à droite, le bord mésial et le bord libre de la dent, à gauche le bord distal et le bord libre.

Les canines sont rodées sur leur bord libre, unies; les premières prémolaires ont les cuspides atrophiés et, sur la face triturante, donnent l'aspect d'un plateau hérissé de cuspides très petits, pointus et séparés par un sillon circulaire jaunâtre.

Les premières molaires ont une atrophie cuspidienne et la face triturante parsemée de sillons.

A la mâchoire inférieure, les incisives, les canines et les premières prémolaires sont identiques de forme et ont à leur bord libre un sillon de coloration jaunâtre, laissant un bourrelet d'émail sur son bord inférieur.

Les prémolaires et les molaires sont en partie cariées et laissent voir une surface triturante jaune-grisâtre sans cuspides.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire, mère bien portante.

Le Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 55.

Communiquée par M. Jean BENECH.

Louis H..., 22 ans.

Écart des incisives médianes supérieures.

Parents bien portants, deux frères et sœurs très forts, lui-même n'a jamais été malade, c'est un garçon très fort; aucun stigmatisme même rudimentaire d'hérédosyphilis.

Présenté seulement un écart des incisives médianes supérieures de 5 millimètres.

Pas de Wassermann.

OBSERVATION 56 (personnelle).

Contagieux, scarlatine.

M..., 16 ans.

Écart des incisives médianes supérieures.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Les incisives médianes supérieures ont entre elles un écart de 3 millimètres. Elles sont larges, épaisses; les incisives latérales n'existent plus.

Rien aux autres dents supérieures ni à celles du maxillaire inférieur.

Le Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 57 (personnelle).

S..., 25 ans, Suisse allemande.

Écart des incisives médianes supérieures.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, longévité très grande des deux côtés, a encore ses arrière-grands-parents.

Dentition superbe, sauf un écart de 4 millimètres entre les incisives médianes supérieures.

A noter qu'en Suisse allemande l'écart des incisives médianes supérieures est fréquent.

OBSERVATION 58 (personnelle).

V...

Implantation vicieuse. — Amorphisme.

Pas de syphilis connue dans la famille; frères, grands-parents, père, mère, dents altérées, mal implantées, microdontisme et vulnérabilité.

Ici atrésie du maxillaire supérieur. Incisives médianes supérieures se chevauchant, amorphisme, carie, pas d'érosion.

Les incisives inférieures ont une implantation folle.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 59 (personnelle).

G...

Erosion.

Pas d'antécédents syphilitiques connus.

La seule lésion existant sur l'appareil dentaire est une érosion en cupule de la grosseur d'un lentillon, de coloration ivoire sur l'incisive latérale droite. Ce qui est intéressant à noter dans cette observation, c'est que le père, le grand-père et une cousine portent une lésion identique, de même forme, de même aspect, sur la même dent.

Cette lésion d'ailleurs existe aussi sur l'incisive latérale droite supérieure de la première dentition.

Il n'a pu être fait de Wassermann.

OBSERVATION 60 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiery.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Édouard M..., 6 ans 1/2.

Absence des incisives. — Amorphisme. — Vulnérabilité.

Antécédents personnels (12 juillet 1914). — Rachitisme. Nouures considérables des épiphyses, déformations des diaphyses, gros ventre étalé.

Est en ce moment en traitement pour eczéma de la face et eczéma séborrhéique du cuir chevelu.

Pas d'incisives médianes supérieures. Les incisives latérales sont longues, déchaussées, en « dents de poisson » ; les canines manquent.

A la mâchoire inférieure, les incisives médianes, latérales, les canines sont extraites.

Le Wassermann donne H 6.

OBSERVATION 61 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiery.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Charles B..., 6 ans.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme.

Nez en lorquette, bosses frontales, oreilles décollées, souffle interscapulaire droit. Ne sait rien sur sa famille.

Les dents sont petites, régulières, légèrement espacées, surtout celles de la mâchoire inférieure. Les incisives médianes supérieures ont un écart de 1^{mm} 5 et sont naines.

Le Wassermann donne H 6.

OBSERVATION 62 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Louis T..., 9 ans. — Saint-Stanislas.

Microdontisme. — Vulnérabilité.

Front avançant, étroit, bosses frontal essaillantes, prognathisme de la mâchoire inférieure avec lèvre pendante, déchéance intellectuelle.

Les incisives médianes supérieures sont petites avec leur bord libre transparent et taillé en biseau. Les incisives latérales sont très petites et cariées. Les canines sont massives. Trois prémolaires et molaires de chaque côté cariées.

Les dents du maxillaire inférieur sont irrégulières, espacées, dentelées, et leur bord libre est disposé suivant un arc de faible rayon de courbure à convexité supérieure. Les prémolaires sont complètement cariées.

Le Wassermann donne H 7.

OBSERVATION 63 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le professeur HAUSHALTER.

Gaston G..., 6 ans.

Microdontisme. — Implantation vicieuse.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Sept enfants, dont deux morts, l'un de méningite et l'autre du mal de Pott à 7 ans.

Antécédents personnels. — Lymphatique.

Les incisives médianes supérieures sont larges, plates, légèrement crénelées sur leur bord libre. Les incisives latérales sont très petites; « dents de souris ». Les canines extrêmement cariées et deux prémolaires cariées.

Les incisives médianes inférieures sont normales. Les incisives

latérales, implantées en retrait du plan normal, sont en partie recouvertes par les canines; les premières prémolaires sont cariées.

Le Wassermann donne H 8.

OBSERVATION 64 (personnelle).

Hôpital J.-B.-Thiéry.

Service de M. le Professeur HAUSHALTER.

Jean B..., 9 ans 1/2, né dans les Vosges.

Amorphisme. — Dents doubles. — Désorientation.

Antécédents héréditaires et personnels. — Père bien portant, mère morte suite de couches.

Enfant facies adénoïdien, bosses frontales légèrement sail-lantes, oreilles décollées, présente à la mâchoire supérieure des incisives médianes ayant un écart de 1 millimètre et distantes de 2 millimètres des incisives latérales.

Les canines ont les cuspides usés leur donnant ainsi l'aspect d'une incisive.

Les incisives médianes supérieures sont doublées par deux incisives poussant dans le palais à 3 millimètres des premières. Leur bord libre est divisé en trois petits cuspides.

Les incisives médianes inférieures sont dentelées. Les incisives latérales sont à droite usées, rodées, à gauche crénelées, implantées en angle par rapport à l'incisive médiane. L'incisive latérale droite est doublée d'une autre incisive sur le bord interne de la gencive.

Les canines ont leur bord libre usé.

Les molaires inférieures sont cariées.

Le Wassermann donne H 4.

OBSERVATION 65.

Communiquée par M. Jean BENECH.

Jean B..., 16 ans.

Écart des incisives médianes supérieures. — Microdontisme.

Père bien portant, mère morte.

A toujours été bien portant actuellement (août 1915), présente une roséole d'origine syphilitique, et à la fesse droite une ancienne lésion qui semble être, d'après les dires du malade, un syphilôme primaire. Un traitement spécifique a fait disparaître rapidement la lésion cutanée.

A noter que le malade a les bosses frontales très développées, le nez en lorgnette, voûte ogivale et, comme lésion dentaire, nous voyons un écart de 6 millimètres entre les incisives médianes supérieures qui sont géantes, tandis que les incisives latérales sont naines. Les autres dents sont normales. En bas, elles sont très régulières et très belles.

Nous rapporterons quelques observations des auteurs qui nous ont paru intéressantes.

OBSERVATION I.

Thèse de MAIRE, Paris, 1898.

Ernestine B..., 27 mois.

Érosion des dents temporaires. — Syphilis héréditaire.

La première dentition de cette enfant est complète, la deuxième molaire du côté gauche faisant son apparition; mais les deux grandes incisives supérieures sont atteintes d'érosion en nappe de coloration brunâtre dans tout leur tiers inférieur. L'érosion, identique sur les deux dents, est peu profonde à sa limite supérieure et le devient d'autant plus qu'on se rapproche du bord libre; celui-ci est concave dans son ensemble et présente une petite encoche secondaire plus rapprochée de l'angle interne que de l'angle externe de la dent, les bords ne sont pas entamés, la dent n'est pas en tournevis. Même érosion à la face postérieure de la dent, mais moins accusée. L'incisive latérale gauche présente une très légère érosion de son bord libre. Les autres dents sont saines.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 35 ans, a eu la syphilis il y a cinq ans et fut soigné pendant deux ans. La mère, bien portante, pas de fausse couche. Un autre enfant de

5 mois présente actuellement des signes fort nets de syphilis héréditaire : teint bistré, coryza, plaques muqueuses des fesses, etc...; est soigné à l'hôpital des enfants.

Antécédents personnels. — Rien d'intéressant.

OBSERVATION 2.

Thèse de MAIRE, Paris, 1898.

Marguerite G..., 4 ans 1/2.

Érosion des dents temporaires. — *Syphilis héréditaire.*

Quand on examine les dents de cette enfant, on constate qu'elles sont, pour la plupart, réduites à l'état de moignons, informes, cariées jusqu'au niveau de la gencive; seules les dents antérieures sont à peu près bien conservées : les incisives centrales supérieures présentent à une faible distance du bord libre un large sillon érosif brunâtre. Les incisives inférieures sont petites, usées et, sur les deux centrales, on remarque simplement une échancrure du bord libre.

Cette petite malade présente actuellement une gomme de la face antérieure de la jambe droite, en suppuration depuis un mois. Le tibia droit est double de celui du côté opposé. On remarque au niveau de l'avant-bras gauche une hypéresthésie de la partie moyenne du cubitus.

Antécédents personnels. — Cette enfant a été soignée autrefois dans le service; elle présentait à ce moment des signes évidents de syphilis héréditaire.

OBSERVATION 3.

Thèse de MAIRE, Paris, 1898.

Mathilde J..., 7 ans 1/2. — Syphilis héréditaire.

Érosion. — *Vulnérabilité.*

A la mâchoire supérieure, la grande incisive et l'incisive latérale gauche sont tombées et ne sont pas encore remplacées, la canine temporaire gauche est rentrée et présente un léger sillon érosif, vers sa partie moyenne; toutes les dents tempo-

raïres du côté droit existent encore, mais plusieurs d'entre elles sont cariées. La première grosse molaire gauche présente une face triturante jaunâtre, à peu près dépourvue d'émail, avec des tubercules à peine formés. La première grosse molaire droite est saine.

A la mâchoire inférieure, les quatre incisives font irruption, les deux centrales montrent déjà leur bord libre irrégulièrement dentelé; ces premières grosses molaires ont leur face triturante hérissée de petites éminences irrégulières usées en grande partie.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon à la campagne. Aurait eu à l'âge de 3 mois des syphilides; on lui aurait fait prendre de la liqueur de Van Swieten pendant un mois. Actuellement ne présente comme lésions syphilitiques que deux plaques muqueuses à la commissure droite.

Antécédents héréditaires. — Mère a contracté la syphilis il y a onze ans; traitée pendant trois mois seulement. Père également syphilitique. Un enfant mort d'entérite à 15 mois.

OBSERVATION 4.

Berlin, *Klin. Wochenschr.*, 1887.

Érosion longitudinale.

Antécédents héréditaires. — La mère a été atteinte de syphilis à l'époque de la grossesse.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, présentant des gommès multiples du palais et, en outre, les lésions dentaires suivantes :

Les deux incisives centrales supérieures sont tordues sur leur axe longitudinal, les bords latéraux ne sont pas parallèles, mais convergent vers le bord libre. Sur la face antérieure de chacune de ces incisives, on remarque un sillon médian, longitudinal, qui va en se creusant, à mesure qu'on se rapproche du bord libre qu'il atteint. A ce niveau, on remarque une encoche semi-lunaire d'Hutchinson, formée également aux dépens des deux faces, surmontant un bord tranchant finement dentelé.

Les incisives, avec leur sillon, semblent formées de deux moitiés soudées.

OBSERVATION 5.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1911, page 431.
Hérédo-syphilis (osseuse et oculaire) de seconde génération. WASSERMANN, BOISSEAU et PRAT.

Lésion dentaire. — Caries nombreuses.

A eu sa première dent à 14 mois. Dents normales qui, dès la dentition finie, se gâtent.

Écartement des dents. Microdontisme.

OBSERVATION 6.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1905, page 336.
Sur un cas d'hérédo-syphilis, par HALLOPEAU et TESSEIN.

Malade ayant les mêmes atrophies cuspidiennes que la mère.
Syphilis à la deuxième génération.

OBSERVATION 7.

Presse médicale, 16 novembre 1904.

Syphilis héréditaire tardive. — Anomalies exceptionnelles d'implantation dentaire. LESNÉ, LÆDERICH, VIOLET.

Homme de 30 ans porteur de kératite interstitielle bilatérale, surdité bilatérale; lésions osseuses nasale et palatine.

Dentition incomplète — 14 au maxillaire inférieur;

— — — 13 au maxillaire supérieur;

dont trois anormalement plantées, la canine droite et une grosse molaire de chaque côté, une dans la cavité nasale, l'autre dans la voûte palatine. Malgré ces anomalies ces dents sont saines.

OBSERVATION 8.

Di un rara distrofia alveolo-dentaria da sifilide ereditaria par Oro,
in Giornale internazionale delle Scienze mediche, 1902.

Atrophie de la partie antérieure du bord alvéolo-dentaire supérieur. Absence des incisives, des canines et des prémolaires.

A la mâchoire inférieure, les canines et les prémolaires manquent. Les incisives sont irrégulières, courtes, à bords découpés. Les molaires sont normales.

OBSERVATION 9.

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1902, page 625.

Une famille d'hérédo-syphilitiques, par GAUCHER et BABONEIX.
Le premier a des dents saines.

Le deuxième a les incisives médianes un peu obliques, convergentes, mais ne présentant pas d'échancrure, pas de microdontisme. Voûte légèrement ogivale.

Le troisième, nez en lorgnette ; coryza, otorrhée. Les incisives médianes supérieures sont obliques, convergentes. Elles ont leur bord libre crénelé ainsi que les inférieures. Pas de microdontisme. Voûte ogivale.

OBSERVATION 10.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1902, page 125.

Hérédo-syphilis sans lésion dentaire, par DAULOS.

Dentition en parfait état, un peu petites, mais très saines et bien rangées.

OBSERVATION 11.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1901, page 437.

Hérédo-syphilis tardive avec dystrophies dentaires. Syphilis cérébrale. Hémiplégie. Aphasie. Guérison, par GAUCHER, LACAPÈRE et Henry BERNARD.

Malade ayant deux frères avant elle à dents saines et une sœur après elle ayant aussi les dents saines.

La malade, elle, a quatorze dents en bas et treize en haut, régulièrement implantées, petites, nettement séparées les unes des autres par un espace libre.

En bas nanisme des incisives, avec légère érosion sur leur bord tranchant.

Atrophie du sommet des canines. A l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs brusque étranglement; cuspide atrophié ressemblant à une pointe implantée sur le reste de la dent.

En haut, les incisives sont dentelées, les canines supérieures sont identiques aux prémolaires et sont, comme elles, érodées.

OBSERVATION 12.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1900, page 656.

Un cas de stigmates hérédosyphilitique et de syphilis acquise chez le même individu, par PÉTRINI DE GALATZ.

Trois des incisives inférieures présentent, dans le tiers supérieur de leur extrémité libre, un sillon transversal de couleur noirâtre.

L'incisive latérale gauche a la couronne plus large, mais avec le même sillon.

De même, les incisives médianes supérieures présentent une entaille de 1 à 2 millimètres.

Les incisives latérales supérieures ont une implantation vicieuse, les canines inférieures ont un sillon transversal.

Carie de plusieurs molaires, maxillaires bien conformés.

OBSERVATION 13.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1900, page 1178.

Dystrophies dentaires dans un cas d'hérédosyphilis, par M. H. Edmond FOURNIER.

Hérédosyphilis à la deuxième génération, nez effondré, stigmates oculaires.

Dents présentant toutes à mi-hauteur un sillon profond qui semble les étrangler et sépare chaque dent en deux portions.

Une basale normale.

Une libre, petite, usée, donnant l'impression d'une dent plus petite enchâssée dans une grosse.

Enfin, fait assez connu chez les hérédosyphilitiques, persistance d'une dent de lait (2^e molaire gauche).

OBSERVATION 14.

Presse médicale, 16 avril 1910.

La syphilis dysphasique de DELBET.

Robert L..., 3 ans, né à 7 mois.

Le seul signe qui puisse faire penser à la syphilis, c'est une forme un peu anormale des incisives supérieures.

OBSERVATION 15.

Bulletin de la Société de Dermatologie, 10 mars 1899.

Hérédité syphilitique. Dystrophie générale, etc., par M. BARTHELEMY.

Justine P..., 22 ans.

La voûte palatine est ogivale, étroite, asymétrique. Le système dentaire est irrégulièrement implanté; toutes les dents sont petites, atypiques, d'une coloration terne, anormale et d'une consistance très fragile : elles sont striées, érodées. A la mâchoire supérieure il n'en existe que onze, il y a trace de trois incisives, canines, et autres qui n'existent qu'à l'état de chicots. Ces onze dents se répartissent en prémolaires, grosses molaires. A la mâchoire inférieure treize dents et trace de deux autres, qui se répartissent en quatre canines, canines prémolaires, grosses molaires.

Les incisives médianes supérieures présentent une échancrure semi-lunaire très nette surtout sur l'incisive gauche, ce serait nettement la dent d'Hutchinson si la disposition oblique existait.

Les quatre incisives inférieures sont légèrement échancrées, la médiane gauche présente le type parfait de la dent en scie; l'échancrure semi-lunaire est très marquée sur l'incisive médiane droite. En outre, les quatre incisives inférieures sont noires, il y a microdontisme. De plus, relativement à leurs faibles dimensions longitudinales, les incisives inférieures présentent une extrémité qui est large et dentelée.

Les canines présentent une brèche en forme de V à leurs sommets. On note en outre, à la face interne des canines supérieures, un sillon très net allant de leur sommet à la partie moyenne.

Les canines inférieures sont triangulaires, à angle interne très saillant.

Les prémolaires de chaque côté sont très nettement bicuspidés, en outre elles présentent de chaque côté la déformation en V.

On constate une véritable vulnérabilité des dents, vulnérabilité prouvée par disparition de toutes les molaires dont il n'existe plus comme vestige que quelques chicots. Le maxillaire supérieur présente un étranglement situé au niveau des deuxième prémolaires.

Le maxillaire inférieur est assez régulièrement ovalaire. Si on fait fermer la bouche au malade, on constate que les dents s'engrènent, les supérieures viennent s'adapter dans les interstices formés par les inférieures et recouvrent sur certains points toute la face externe des dents inférieures.

.....

OBSERVATION 16,

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Hérédité syphilitique à la deuxième génération, par M. G. ÉTIENNE. — Fait recueilli dans le service de M. Paul SPILLMANN.

.....

Marie..., 10 ans.

A l'âge de 6 mois, éruption abondante à la région fessière; un peu plus tard, lésion des gencives; à l'âge de 2 ans, un médecin dut arracher presque toutes les dents déjà poussées à cause de leurs anomalies d'implantation.

Destruction ulcération du voile du palais.

Les dents n'ont repoussé que depuis cette année; elles sont mal plantées, les incisives sont alignées en ligne droite en avant, les canines formant avec la ligne des molaires un angle obtus. Les incisives supérieures sont larges, crénelées, avec trois profondes scissures

CHAPITRE VI

Venant de rapporter toute une série d'observations (65 sur 1.600 cas, ce qui donne une moyenne de 4 % d'altération dentaire), il ne nous reste plus qu'à rechercher les relations qui existent, entre la syphilis d'une part et ces dystrophies dentaires d'autre part.

Quelles sont, à ce sujet, les opinions des différents auteurs, et en particulier d'E. FOURNIER ?

Nous laisserons évidemment de côté des questions comme celle-ci. « Il est absolument commun de rencontrer des sujets qui, bien que nés de parents syphilitiques et affectés de tel ou tel stigmate dystrophique en question, n'en sont pas moins restés exempts de toute manifestation syphilitique. » FOURNIER en a fait la preuve, et nous avons eu l'occasion de rencontrer des sujets porteurs de stigmates dystrophiques n'ayant jamais présenté de lésions de syphilis et qui, mieux est, avaient au cours de leur vie contracté un syphilôme primaire. Entre autres nos observations 65, 42, 27. Et comme le dit très justement FOURNIER, « les stigmates dystrophiques n'impliquent pas la syphilis par eux-mêmes chez le sujet qui les porte. Il se peut certes que ce sujet soit syphilitique, et il l'est en effet fréquemment ; mais il se peut aussi qu'il ne le

soit pas ; les stigmates en question deviennent donc seulement une tare héréditaire, sans attester que le sujet soit infecté de syphilis ».

Nous pouvons ajouter ici la relation du Dr BOBRIE sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédo-syphilis.

« Quant à l'hérédo-dystrophie, c'est une conséquence de la syphilis, mais ce n'est pas de la syphilis (les enfants peuvent devenir syphilitiques pour leur propre compte), et elle est alors transmissible comme tous les caractères d'espèce par la cellule germinative exclusive (spermatozoïde ou ovule). »

Pour nous, le fait essentiel est de connaître la cause de ces dystrophies ; et d'en rechercher la nature. En effet, un sujet présente des lésions cutanées ou osseuses, difficilement diagnosticables ; l'existence d'une dystrophie dentaire qui fait songer à la syphilis permet d'instituer le traitement, d'enrayer le mal et, même, de sauver le malade. C'est du reste pour cette raison ultime que les travaux récents de FOURNIER sur la syphilis héréditaire tardive ont une importance capitale.

Toutefois, nous pouvons tomber dans un autre écueil : c'est celui de rapporter à la syphilis toutes les lésions dentaires que nous rencontrons.

On peut se demander si, toujours, la syphilis est à incriminer ou si des infections, des auto-intoxications des géniteurs sont capables de produire chez l'enfant des dystrophies dentaires.

On a alternativement imputé ces lésions à l'alcoolisme, au saturnisme, au paludisme, à la tuberculose, à la lèpre et à toutes les maladies infectieuses qui peu-

vent survenir chez la mère pendant la gestation (Chap. III).

Et quelles conclusions pratiques, au point de vue clinique, tirerons-nous de ces maintes controverses ?

Pour cela, il nous faut reprendre les différents types de lésions dentaires et voir dans quelles proportions nous les avons trouvées dans nos observations.

Auparavant, disons les difficultés qu'il y a à certifier qu'un enfant est sûrement né de parents syphilitiques; nous pouvons uniquement affirmer la syphilis quand les géniteurs sont syphilitiques, quand on trouve de la plurimortalité infantile, des fœtus macérés ou des avortements répétés, lorsque des frères et sœurs du sujet examiné ont des lésions d'hérédo-syphilis et non pas seulement d'hérédo-dystrophies. Nous avons tenté de nous renseigner par le Wassermann; dans un chapitre précédent, exprimé la confiance très limitée que l'on peut avoir dans cette réaction. Négative, elle n'implique pas forcément l'absence de syphilis; positive, elle n'est qu'un signe de quasi-certitude. Reste la luétine-réaction; nous n'avons pu nous faire une opinion personnelle à ce sujet et nous nous réservons cette étude pour l'avenir. Seule, la lecture des auteurs nous en a donné des renseignements bien incomplets. La question étant tout à fait à l'ordre du jour, n'omettons pas de dire que nous avons affaire à une clientèle d'hôpital, souvent « rétive » à l'interrogatoire et ne voulant jamais avouer une maladie qu'elle qualifie de « honteuse ».

De même, il est très difficile de faire dire à une mère qu'elle a eu pendant sa grossesse une infection d'ordre

quelconque; à moins que cette affection n'ait été très grave.

I — DENTS D'HUTCHINSON

Il semble que ce soit là une des rares dystrophies qui puisse être directement imputée à la syphilis. VOUZELLE la considère comme un signe absolu d'héredo-syphilis.

A. FOURNIER s'est fortement élevé contre certains auteurs qui attribuent cette dystrophie à d'autres causes que la syphilis et concluait : « La véritable dent d'HUTCHINSON affectant les incisives médianes supérieures d'une échancrure semi-lunaire est toujours d'origine syphilitique. » Disons notamment que, dans l'idiotie, on ne la rencontre jamais. M^{me} SOLLIER n'en a pu citer aucune observation.

Personnellement, nous avons eu l'occasion d'examiner quatre dents d'HUTCHINSON types et une cinquième avec quelque réserve.

Observation 3. — Syphilis certaine avec Wassermann et luétine positifs.

Observation 11. — Syphilis certaine des géniteurs.

Observation 27. — Dent d'HUTCHINSON chez un sujet qui contracte ultérieurement la syphilis.

Observation 43. — Syphilis certaine (père mort de paralysie générale), présente la dent d'HUTCHINSON, contracte la syphilis; ses enfants ont aussi la même altération dentaire. Ces dents d'HUTCHINSON à la deuxième génération ont-elles pour origine la syphilis ou les classerons-nous avec GALIPPE comme une altéra-

tion d'ordre familial? Il nous semble en l'occurrence que ce problème, très complexe, ne peut être résolu.

Observation 46. — Là, nous ne relevons aucun signe de syphilis, ni chez les parents, ni chez les enfants, et la dent, quoique ayant l'échancrure semi-lunaire (qui, d'ailleurs, ne s'est produite que depuis dix ans sans aucune raison), a la forme en tournevis et ne présente pas le caractère d'obliquité convergente. Si nous consultons les ouvrages de FOURNIER, nous voyons qu'il n'attache qu'une importance secondaire à ces deux derniers caractères.

Nous concluons donc, comme FOURNIER, que la dent d'HUTCHINSON type est une indication précieuse pour le diagnostic d'hérédo-syphilis. GALIPPE lui-même l'admet. Ajoutons aussi que cette dent est extrêmement rare.

II — ÉROSIONS DENTAIRES

Nous avons rencontré 27 enfants portant des érosions de toute nature, coronaires et cuspidiennes, d'origine syphilitique; elles se décomposent ainsi : 26 érosions en sillons, en nappe, en cupule, 6 en plateau, 3 atrophies cuspidiennes contre 5 érosions dentaires dont 1 en plateau chez des sujets où la syphilis ne peut être incriminée.

La statistique serait évidemment concluante si on ne citait ces lésions chez les idiots avec assez de fréquence.

FOURNIER attache une importance capitale aux érosions dans l'hérédo-syphilis. M^{me} SOLLIER s'accorde à

dire que les sillons transversaux ne se rencontrent jamais dans l'idiotie et sont toujours syphilitiques. Quant à MAGITOT, il rend l'« éclampsie » responsable de toutes les érosions. HUTCHINSON les rattache à la syphilis. BROCA et TOMES attribuent l'érosion à des circonstances très diverses de l'enfance, à des maladies plus ou moins longues, fébriles, graves, et ils se refuseraient à croire qu'une attaque d'éclampsie passagère pût produire un sillon indélébile.

SAUVEZ reconnaît que ces anomalies de structure peuvent très bien être dues non à la syphilis, mais à des maladies infectieuses ou à une intoxication de la mère.

PARROT est pour l'influence syphilitique comme cause essentielle et unique.

VON KREUSSER dit : « L'hypoplasie de la face trituerante des premières molaires est un excellent signe adjuvant dans le diagnostic de la syphilis congénitale ; il est à peu près pathognomonique et plus important que la dent d'HUTCHINSON, car son origine remonte à une période plus précoce de la vie. »

Enfin, nous trouvons chez GRENET et FAGIN-FAYOLLE que le signe de la lésion dépend de l'époque à laquelle aura agi l'influence pathologique, et nullement de la nature de cette influence.

De nos observations personnelles que pouvons-nous déduire ? Que les érosions sont très fréquentes chez les hérédosyphilitiques, mais non pathognomoniques de cette hérédité, et nous citerons l'observation 54 qui, au premier abord, avec les érosions en nappe des incisives, l'hypoplasie des prémolaires et surtout des premières molaires, nous avait fait songer à une dystro-

phie d'origine syphilitique. Or, il n'y a pas de syphilis dans les antécédents, mais de la tuberculose, et, fait intéressant à noter, car nous ne l'avons jamais vu chez les auteurs, c'est que cette malade est née dans les Vosges. Or, il appert que dans certaines contrées, notamment les Vosges, pays de montagne et d'alcoolisme, les érosions et les malformations dentaires sont courantes, tandis que la syphilis y est rare. Nous avons trois observations d'enfants des Vosges : observations 53, 54 et 64.

III — ÉCART DES INCISIVES

C'est GAUCHER qui, le premier, a attiré l'attention sur l'écart des incisives médianes supérieures dans l'hérédo-syphilis. De ses travaux, il ressort qu'à toute origine de cette malformation est la syphilis.

Nous possédons 20 cas d'écart des incisives médianes supérieures chez des enfants hérédo-syphilitiques et notamment existant seul, dans nos observations 6, 11, 44, et seul pendant quinze ans dans notre observation 13, contre 8 cas seulement chez des enfants où nous n'avons pu retrouver la trace de la syphilis chez les parents. Observation 9 : écart de 5 millimètres. Observation 12 : écart de 6 millimètres, cas, à la deuxième génération, d'hérédo-syphilis.

L'observation 65 cite un malade avec un écart des incisives médianes supérieures de 6 millimètres et qui est en pleine évolution syphilitique. Rien au point de vue antécédents héréditaires, mais le malade a d'autres dystrophies qui nous font songer à une hérédité syphi-

litique ou, mieux, à une hérédité dystrophique, et nous n'avons même pas à envisager le cas de réinfection étudié d'ailleurs par FOURNIER.

Il nous faut dire aussi que notre observation 57, où nous avons comme écartement 4 millimètres, est un sujet de la Suisse allemande, et, devant notre interrogatoire, il nous fut répondu que beaucoup de personnes de cette région présentent cette malformation dentaire. Ce serait un fait intéressant à vérifier.

Notons aussi que les écarts les plus considérables que nous ayons rencontrés sont chez les hérédosyphilitiques, tandis qu'ils sont minimes pour les enfants chez lesquels nous n'avons pu, pour une raison quelconque, retrouver la syphilis.

Pour notre observation 41, un an après la constatation faite de l'écart des incisives médianes supérieures, cet écart n'existe plus.

C'est donc avec restriction que, personnellement, nous acceptons l'opinion de GAUCHER.

IV — VICE D'IMPLANTATION

Les vices d'implantation sont réellement trop fréquents en dehors de toute syphilis pour qu'on puisse y attacher quelque importance.

Cependant nous rencontrons 35 cas d'implantation vicieuse chez des hérédosyphilitiques certains, contre 6 seulement chez des enfants indemnes de cette tare. Ceci n'est point une raison suffisante, l'alcoolisme, l'idiotie surtout (M^{me} SOLLIER) sont responsables des vices d'implantation. Ils sont héréditaires (GALIPPE)

et dans combien de familles ne peut-on trouver les grands-parents, les parents, les enfants ayant tous cette dystrophie. Observations 58 et 59.

V — VULNÉRABILITÉ

La vulnérabilité ne semble pas avoir intéressé les différents auteurs. Nous l'avons rencontrée fréquemment dans la presque totalité de nos observations. MAGITOT l'admet d'origine syphilitique ; nous croyons qu'il s'agit là d'une lésion banale due simplement à un défaut de la couche protectrice de l'émail.

VI — MICRODONTISME

Chez les hérédosyphilitiques, nous rencontrons 13 cas de dents petites et mal formées et 9 chez des enfants indemnes ; la proportion est réellement faible. Le D^r SEIGNEUR, dans sa thèse, dit « que l'hérédosyphilis s'oppose à l'évolution normale des dents, qu'elle modifie également leur constitution et leur conformation. D'ailleurs, nous n'avons jamais rencontré de microdontisme général du système dentaire, mais du microdontisme partiel sur un ou deux groupes de dents.

VII — AMORPHISME

Cette anomalie dentaire est très répandue dans l'hérédosyphilis, amorphisme partiel variant à l'infini ajoutons que l'on en rencontre beaucoup chez les idiots et les descendants d'alcooliques.

Citons, pour finir, deux de nos observations où cer-

taines dents sont doublées. Observations 8 et 17 chez des hérédosyphilitiques et observation 64 indemne de syphilis héréditaire. Cette malformation est très commune chez les idiots et nous n'y attachons qu'une importance très relative.

Il nous manque un fait important pour établir un travail rigoureusement scientifique, à savoir : l'existence des maladies infectieuses pendant la grossesse. Nous restons en effet convaincue, malgré nos statistiques, que des infections autres que la syphilis peuvent amener la plupart de ces dystrophies. L'alcoolisme, la tuberculose jouent un rôle qui n'est pas douteux. Les maladies diathésiques doivent avoir une importance au même titre que ces dernières.

Il serait nécessaire pour cela de faire porter ces recherches dans un milieu tout autre que le milieu hospitalier où les réponses sont souvent insignifiantes, inexactes et déconcertantes. Il serait en effet important de savoir si une grippe, même banale, a évolué pendant la grossesse ; ce n'est que dans des milieux cultivés, où l'on prend soin de soi-même, que l'on peut obtenir des renseignements précis et concluants.

Nous ne voulons pas combattre les différentes opinions des auteurs, nous sommes et restons convaincue du rôle prépondérant que la syphilis joue dans la genèse des dystrophies dentaires ; ce n'est pas le seul facteur à envisager, il faudra continuer nos recherches encore trop sommaires à l'heure actuelle.

MAIRE a écrit que de toutes les causes qui peuvent produire ces lésions la syphilis est la plus commune. Les recherches de CAPDEPONT, à propos des érosions

nous ont appris « qu'en dehors d'un trouble de la sécrétion calcaire il existait une véritable altération cytologique de l'adamantoblaste pouvant aller jusqu'à la dégénérescence cellulaire la plus grave ». Les causes susceptibles d'amener ces altérations cellulaires appartiennent au grand processus toxi-infectieux. « Ainsi comprise l'érosion et ses diverses modalités s'expliquent. Elle cesse d'être une lésion mystérieuse pour rentrer dans la sphère d'action des processus généraux habituels. Elle devient l'équivalente des symptômes transitoires qui l'accompagnent souvent (lésions de la peau, des ongles, des poils, convulsions). Mais grâce à une disposition anatomique spéciale, elle s'en différencie parce qu'elle est permanente et que, grâce à l'évolution extérieure de la dent, elle devient apparente. En réalité, si frappants soient-ils, ces caractères de permanence et d'objectivité ne sauraient empêcher les cellules de l'émail de subir, dans les états morbides, le sort des autres cellules de l'organisme. » (CAPDEPONT.)

Nous voyons donc que l'on peut considérer ces anomalies de structure comme relevant de processus tout à fait généraux et parmi lesquels la syphilis s'est taillée une large part.

Ces stigmates dentaires ne peuvent donc suffire raisonnablement pour affirmer la syphilis héréditaire, ils ne retrouvent toute leur valeur qu'associés avec d'autres signes de spécificité qui formeront un tout servant de base à un diagnostic.

CONCLUSIONS

1° Les lésions dentaires que nous avons étudiées sont une indication précieuse pour faire le diagnostic d'hérédo-syphilis ; elles retrouvent surtout leur valeur en tant que signe d'association ;

2° Il ne faut jamais affirmer sur un stigmate unique le diagnostic d'hérédo-syphilis ;

3° Il ne faut pas non plus croire que toutes ces lésions soient d'origine syphilitique, une maladie infectieuse, une intoxication les peuvent faire naître ;

4° Toute la valeur des stigmates dentaires réside en ce fait : qu'ils peuvent inciter à faire un traitement spécifique heureux dans des cas douteux où toute guérison semblait impossible ;

5° Les recherches sont encore insuffisantes et devront être pendant longtemps continuées et approfondies.

Vu :

Nancy, le 6 octobre 1915.

Le Président de la thèse,

HAUSHALTER.

Vu :

Nancy, le 13 octobre 1915.

Le Doyen,

E. MEYER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 14 octobre 1915.

Le Recteur de l'Académie,

CH. ADAM,

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI et BONNARD. — Stigmates oculaires et dentaires de l'hérédo-syphilis à forme complexe et rare. (*Annales des Maladies vénériennes*, 1908.)
- AUGAGNEUR. — Syphilis héréditaire tardive. (Paris, 1879.)
- BAX. — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis dans un dispensaire d'enfants. (Thèse, Paris, 1908.)
- BLESCHMANN et DELORT. — Résultats comparatifs de la réaction de la luétine et du Wassermann dans la syphilis héréditaire. (*Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, juill. 1914.)
- BOBRIE. — Étude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédo-syphilis. (Thèse, Paris, 1912.)
- BOISSEAU et PRAT. — Syphilis héréditaire dystrophique de la seconde génération. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1911.)
- BOUCHARD et ROGER. — Nouveau traité de pathologie générale. (Tome I, Paris, 1912.)
- CALMETTE, BRETON, COUVREUR. — Application pratique de la réaction de Wassermann au diagnostic de la syphilis chez les nouveau-nés. (*Gazette des Hôpitaux*, 1911.)
- CAMPBELL. — The diagnostic value of the triade symptom in hereditary syphilis. (*Annal of Dermatologie and Syphilis*, mai 1906.)
- CAPDEPONT. — Étude critique sur l'érosion dentaire. (*Revue de Stomatologie*, 1906.)
- CAPDEPONT. — Étude sur la séméiologie dentaire. (*La Pédiatrie*, mai 1914.)

- CARLE. — Note sur l'hérédo-syphilis, ses lois et leur interprétation. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1913.)
- CARMELO, CALDERONE. — Contributo allo studio dei denti sifilici. (*Giornale Italiano delle Malattie Venere e della Pelle*, 1914, fasc. II.)
- CASTANIÉ. — Érosion des dents permanentes. (Thèse, Paris, 1874.)
- CHOQUET. — Anatomie dentaire. (Paris, 1903.)
- COMBY. — La première dentition, son évolution physiologique, ses maladies. (*Archives de Médecine*, févr. 1888.)
- DARIER. — Des stigmates dentaires de la syphilis héréditaire. (*Société française d'Ophtalmologie*, Congrès de 1903.)
- DAULOS. — Hérédo-syphilis sans lésion dentaire. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1902.)
- DELBET. — Syphilis dysplasique. (*Paris médical*, avril 1910.)
- DESNEUX. — La cuti-réaction à la luétine (Noguechi). (*Annales et Bulletin de la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1913.)
- EICHLER. — Signes de rachitisme présentés par la cavité buccale. (*Répertoire international de Médecine*, mai 1914.)
- G. ÉTIENNE. — La syphilis héréditaire à la deuxième génération. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1898.)
- A. FOURNIER. — L'hérédité syphilitique. (Paris, 1891.)
- A. FOURNIER. — L'hérédo-syphilis tardive. (Paris, 1893.)
- Ed. FOURNIER. — Syphilis héréditaire de l'âge adulte. (Paris, 1912.)
- Ed. FOURNIER. — Dystrophies dentaires dans un cas de syphilis héréditaire. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1900.)
- Ed. FOURNIER. — Les stigmates de la syphilis héréditaire. (*Conférences faites à la Polyclinique Rothschild*, mai-juin 1909.)
- Ed. FOURNIER. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. (Thèse, Paris, 1898.)
- FREY et LEMERLE. — Pathologie des dents et de la bouche. (3^e édit. Paris, 1910.)
- GAILLARD et NOGUÉ. — Traité de stomatologie. (T. II. Paris, 1911.)
- GALIPPE. — Étude sur l'hérédité des anomalies dentaires. (*Revue de Médecine*, 1901.)
- GASTOU et LEGENDRE. — Dystrophies hérédo-syphilitiques. (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1908.)

- GAUCHER. — Écartement des incisives médianes supérieures de l'hérédo-syphilis. (*Annales des Maladies vénériennes*, 1913.)
- GAUCHER. — Écartement des incisives médianes supérieures. (Hôpital, 1914.)
- GAUCHER et BABONEIX. — Une famille d'hérédo-syphilitiques. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1902.)
- GAUCHER, LACAPÈRE, BERNARD. — Syphilis héréditaire tardive avec dystrophies dentaires. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1901.)
- A. GOLDBREICH. — Diagnostic clinique de la syphilis héréditaire latente. (*Kassowitz Festschriften*, 1912.)
- GOUGEROT. — L'hérédo-syphilis dystrophie. (*In Traitement de la Syphilis*, Paris, 1914.)
- GRENET, FARGIN-FATOLLE. — Maladies des dents. Pratiques des maladies des enfants. (T. II. Paris, 1902.)
- HALLOPEAU et FOURNIER. — Contribution à l'étude des atrophies cuspidiennes systématisées de la seconde génération. (*Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1902.)
- HALLOPEAU et TESSEIN. — Sur un cas d'hérédo-syphilis. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1905.)
- HERBST. — Lues hereditaria tarda. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, févr. 1910.)
- O. HERTWIG. — Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés.
- HUTCHINSON. — Transact. of pathological Society. (Vol. IX et X, 1859.)
- Ed. JOLTRAIN. — La Luétine-réaction. (*Annales de Médecine*, mars 1914.)
- JOLTRAIN. — Nouvelles méthodes de séro-diagnostic. (Paris, 1911.)
- KREUSER. — Sur les modifications dentaires de l'hérédo-syphilis. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1913.)
- LEPLAT. — Syphilis dentaire. (Thèse, Paris, 1891.)
- LEREDDE et RUBISTEIN. — La spécificité de la réaction de Wassermann et les sérums paradoxaux. (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juill. 1914.)
- LÉROUX et LABBÉ. — Le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis infantile et la syphilis familiale. (*Archives de Médecine des Enfants*, déc. 1912.)

- LESNÉ, LÖEDERICH, VIOULET. — Un cas de syphilis héréditaire tardive. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1904.)
- LESNÉ, LÖEDERICH, VIOULET. — La syphilis héréditaire tardive. (*Presse médicale*, nov. 1904.)
- LEVADITE-ROCHÉ. — La syphilis. (Paris, 1909.)
- MAGITOT. — Étude clinique sur l'érosion des dents. (*Gazette des Hôpitaux*, 1881.)
- MAGITOT. — Traité des anomalies dentaires chez l'homme et les animaux. (Paris, 1879.)
- MAIRE. — Contribution à l'étude de l'érosion dentaire. (Thèse, Paris, 1898.)
- H. NOGUCHI. — La Luétine-réaction. (*Presse médicale*, 1913.)
- ORO. — Di un rara distrofia alveolo-dentaria da sifilide ereditaria. (*Giornale internazionale della Scienze mediche*, 1902.)
- ORTTE. — De l'hérédité. (*Société de Médecine de Berlin*, janv. 1894.)
- PARROT. — De la syphilis dentaire héréditaire chez les enfants. (*Gazette des Hôpitaux*, 1881.)
- PÉTRINI DE GALATZ. — Un cas de stigmates d'hérédo-syphilis et de syphilis acquise chez le même individu. (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1900.)
- RATTIER. — Érosion dentaire. (Thèse, Paris, 1879.)
- SAUVEZ. — Les stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis. (*La Clinique*, décembre 1911.)
- SEIGNEUR. — La dentition pendant les deux premières années. (Thèse, Paris, 1888.)
- M^{me} SOLLIER. — De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. (Thèse, Paris, 1887.)
- P. SOLLIER. — Troubles trophiques des dents d'origine hystérique. (*Congrès de Médecine de Nancy*, 1896.)
- THEUVENY. — Les dents chez le fœtus et le nouveau-né syphilitiques. (*Odontologie*, févr. 1907.)
- TOMES. — Traité de chirurgie dentaire. (Paris, 1873 [traduct. Darin].)
- VELLER. — Les manifestations oculaires de la syphilis héréditaire. (*L'Hôpital*, n° 4, 1914.)
- VERNES. — Signes humoraux de la syphilis. (Thèse, Paris, 1911.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	v
AVANT-PROPOS	ix
CHAPITRE I — De la dentition normale	1
CHAPITRE II. — Des altérations dentaires	15
CHAPITRE III. — Des causes des dystrophies	25
CHAPITRE IV. — Les réactions humorales appliquées à la syphilis héréditaire.	37
CHAPITRE V	55
CHAPITRE VI.	105
BIBLIOGRAPHIE	117



